

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

LINE LAROCHELLE

LE VECU DEPRESSIF DE L'ADOLESCENT

A TENDANCES SUICIDAIRES

AOUT 1991

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Table des matières.

Introduction.....	1
 Chapitre premier - Suicide et vécu dépressif .....	4
Suicide: ampleur du phénomène .....	5
Concept de dépression .....	8
Relation entre la dépression et le suicide.....	15
Dépression chez l'adolescent suicidaire.....	23
Hypothèses.....	33
 Chapitre II - Description de l'expérience.....	35
Sujets.....	36
Epreuve expérimentale.....	37
Déroulement de l'expérience.....	40
Formation de la population expérimentale.....	41
 Chapitre III - Analyse des résultats.....	44
Méthodes d'analyse.....	45
Résultats.....	46
Discussion des résultats.....	66

Conclusion.....	73
Appendice - Epreuve expérimentale.....	77
Références.....	87

## Sommaire

L'ampleur qu'a pris le phénomène du suicide chez les jeunes a suscité l'émergence de nombreux travaux empiriques au cours de la dernière décennie. Les études portant sur le vécu dépressif chez les adolescents à tendances suicidaires comporte certaines lacunes. Ainsi, la variété des termes utilisés rend difficile la comparaison des résultats de recherche. De plus, au Québec, l'étude du vécu dépressif est un secteur peu exploré.

La présente recherche a pour but de démontrer l'existence de différences significatives au niveau de la symptomatologie dépressive et du désespoir chez des adolescents à tendances suicidaires comparativement à d'autres jeunes ne présentant pas de telles tendances.

Le questionnaire Expérience des jeunes de niveau secondaire permet d'identifier les adolescents présentant des tendances suicidaires au sein de la population générale. Il comporte également une échelle de dépression qui permet d'évaluer le niveau de symptomatologie dépressive. Une première étape de dépistage a permis d'identifier 325 adolescents à tendances suicidaires dont l'âge varie entre 12 et 18 ans. La population expérimentale se divise en trois sous-

groupes selon la gravité des tendances suicidaires. Le groupe contrôle est constitué d'adolescents non suicidaires jumelés en fonction de la comparabilité du sexe et de l'âge.

Les résultats obtenus par les adolescents à tendances suicidaires indiquent que ces derniers présentent un niveau plus élevé de symptomatologie dépressive que les autres jeunes. Les différences observées progressent entre les trois sous-groupes expérimentaux en fonction de l'importance des tendances suicidaires. De plus, des différences significatives sont notées en relation avec le sexe des sujets. Par contre, l'âge des répondants ne révèle aucune différence significative. Enfin, le niveau de désespoir est significativement plus élevé chez les adolescents suicidaires comparativement aux non suicidaires, et il tend à augmenter en fonction de l'importance des tendances suicidaires.

## Introduction

Depuis les dernières décennies, le suicide prend une ampleur considérable au Québec et ce, plus particulièrement chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans. Dans ce groupe d'âge, le suicide représente la seconde cause de décès après les accidents de la route. Les proportions inquiétantes qu'a pris le phénomène suicidaire chez les adolescents ont donné lieu à un nombre imposant de travaux empiriques portant sur différents aspects du suicide chez les jeunes. Ces études ont permis jusqu'à maintenant de cerner l'étendue du phénomène, la dynamique du vécu suicidaire à l'adolescence et certaines caractéristiques psycho-sociales particularisant ces jeunes comparativement à d'autres populations d'adolescents.

L'étendue du vécu dépressif chez l'adolescent à tendances suicidaires a fait l'objet de nombreux travaux. Cependant, la variété des termes utilisés rend difficile la comparaison entre les résultats de ces différents travaux. De plus, au Québec, l'étude des composantes dépressives chez les jeunes suicidaires demeure un domaine inexploré. La présente étude tente de combler cette lacune en précisant la définition des variables et en présentant une expérimentation appliquée à des sujets québécois.

Le premier chapitre présente la situation statistique du phénomène du suicide chez les adolescents. De plus, certaines précisions sont apportées quant à



la définition du concept de dépression et sa manifestation aux différentes périodes de la vie. Le contexte théorique permet également de cerner la relation existant entre les composantes dépressives, le désespoir et les conduites suicidaires, ce qui amène les hypothèses de travail de la présente étude.

Le second chapitre traite de la méthodologie utilisée. Le choix des sujets et des épreuves expérimentales, ainsi que le déroulement de l'expérience et la formation de la population expérimentale, y sont présentés. Enfin, le troisième chapitre fait état des résultats obtenus suivis d'une discussion de ceux-ci.

## Chapitre premier

### Suicide et vécu dépressif

Le présent chapitre a pour but de présenter le phénomène du suicide chez les adolescents. Afin de permettre l'élaboration de certaines hypothèses de recherche, il est nécessaire de cerner d'abord l'importance du suicide au Québec.

Dans le cadre de l'étude des composantes dépressives chez les adolescents, il s'avère également important de préciser la définition de ce concept et d'en mentionner les manifestations. De plus, la variabilité des résultats concernant la relation entre le vécu dépressif et le vécu suicidaire est présentée. L'énoncé des hypothèses de travail suivra.

### Suicide: ampleur du phénomène

Depuis plusieurs années, le suicide a pris une ampleur importante dans les sociétés industrialisées. Ainsi, au Québec, en 1988, le suicide représentait 2,3% des décès. Les jeunes sont particulièrement touchés par le suicide: 18,6% des décès survenus en 1989 sont attribuables au suicide, soit près d'un décès sur 5 (Source: Registre de la population, fichier des décès, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989). Entre 1973 et 1988, le taux de suicide est passé de 8,2/100 000 habitants à 13,5/100 000 habitants en ce qui concerne les 15-19 ans. Dans la région de Trois-Rivières, le taux de suicide est plus élevé que le taux

québécois. Au sein de la population trifluvienne, le taux est de 20,6/100 000 habitants, alors que chez les 15-19 ans, il est légèrement plus élevé, soit 22,5/100000 habitants. Cette même région se situe au deuxième rang au Québec, après celle de l'Abitibi-Témiscamingue dont le taux est de 26,1/100 000 habitants (Registre de la population, fichier des décès, MSSS, 1987). Il est à noter que les statistiques officielles ne rapportent que les suicides déclarés. Il en résulte donc une sous-estimation du nombre réel de suicides complétés. Selon certains auteurs (Atkinson, 1968; Farberow, 1970; Haim, 1969; voir Morissette, 1984), cette sous-estimation se situe entre 10 et 15%.

Bien que le taux des suicides complétés soit assez important, il ne témoigne que partiellement de l'ampleur du phénomène. Les tentatives de suicide et les idéations suicidaires sont beaucoup plus nombreuses. Certains auteurs ont tenté d'estimer le ratio tentatives de suicide par suicide complété. Ainsi, Charron (1981) propose un rapport de 4 tentatives pour chaque suicide réussi, tandis que Morissette (1984) évalue à 10, le nombre de tentatives par suicide complété. Les tentatives de suicide sont particulièrement répandues durant l'adolescence. Lors d'une étude menée en milieu scolaire (Tousignant et al., 1988) auprès d'adolescents des niveaux secondaires III, IV et V (âge moyen: 16,3 ans), les auteurs dénombrent 6,7% des répondants ayant déjà fait une tentative de suicide. Pour leur part, Pronovost et al., (1990) rapportent que 3,5% de leurs sujets de niveaux secondaires I à V ont déjà tenté de se suicider. En évaluant séparément les étudiants des niveaux secondaires III, IV, V afin de rendre leur population

d'étude comparable à celle de Tousignant et al., (1988), les auteurs enregistrent un taux de 4,2%.

Contrairement aux suicides complétés où l'on note un plus grand pourcentage de garçons, la proportion de tentatives de suicide est plus élevée chez les filles. Cette proportion est au moins du double (Barker, 1983; Pronovost et al., 1990) passant de 2,7 dans l'étude de Tousignant et al. (1988) à 3 pour 1 dans une étude ontarienne (Garfinkel et al., 1982) et à 4 fois plus dans une recherche menée au Service de Prévention Suicide de Québec (Corbeil, 1984).

Les idéations suicidaires, chez les adolescents, sont encore plus répandues que les tentatives de suicide. Tousignant et al., (1988) notent que 13,2% des jeunes de secondaires III, IV, V ont déjà eu des idéations suicidaires, alors que dans l'étude de Pronovost et al., (1990), ce taux passe à 15,4% chez les étudiants des niveaux secondaires I à V. Les résultats de l'Enquête Santé Québec (Emond et al., 1988) démontrent que ce sont les jeunes âgés entre 15 et 24 ans qui ont la plus forte prévalence d'idéations suicidaires, soit 6,8% pour les hommes et 7,7% pour les femmes. Comparativement aux autres groupes d'âge, ce taux représente près du double. Ces quelques statistiques illustrent bien que le phénomène du suicide occupe une place importante dans le vécu quotidien des adolescents. Dans le même ordre d'idée, Miller (1975) souligne que l'adolescence représente la période de la vie où le vécu suicidaire est le plus fréquemment observé.

## Concept de dépression

### Définition du concept

Les imprécisions sémantiques sont nombreuses à l'intérieur des études portant sur la dépression. A cet effet, Ladame (1989) souligne que compte tenu des nombreuses acceptations du terme dépression, il peut s'avérer difficile de ne pas tomber dans l'ambiguïté. Il est de ce fait important d'en définir les termes de base. Dans certaines études, le terme dépression est utilisé pour décrire des symptômes, des affects dépressifs ou encore l'humeur dépressive. Egalement, certains concepts connexes à celui de la dépression, tels que dépression masquée, équivalents dépressifs, dépressivité, désespoir et état morose, seront spécifiés afin de mieux cerner les distinctions existantes.

La dépression se définit comme "un trouble de l'humeur, plus ou moins grave, s'accompagnant de tristesse et de pessimisme pouvant conduire au désespoir, lesquels entraînent un ralentissement psychomoteur" (Lamontagne et Delage, 1986, p16).

L'humeur dépressive, souvent confondue ou associée à la dépression, en constitue un symptôme. Elle se définit comme étant un état de malaise intérieur important qui se caractérise par une vision pessimiste de soi et de l'environnement (Robins et Alessi, 1985; Biro et Lazic, 1981). Pour sa part, Ladame (1981) et Jacq

et al. (1981) utilisent le terme "dépressivité" pour qualifier l'état que vivent les adolescents qu'ils ont évalués. Selon Ladame (1981), l'adolescence n'est pas exempte de moments dépressifs qui ne sont que passagers et font partie du développement normal. Cependant, chez l'adolescent qui souffre de dépressivité, il est à noter que le travail de deuil et le remaniement des structures internes ne sont pas mis en marche. Pour leur part, Beck et al. (1974, 1985) font état du concept de désespoir à l'intérieur de leurs travaux concernant le suicide. Cette notion fait référence à "une distorsion cognitive dérivée de prémisses erronées ou irréalistes". Il s'agit, en fait, d'une anticipation négative face au futur. Dans une autre étude portant sur les adolescents, l' "état morose" dont font mention Davidson et Choquet (1978,1982) se caractérise par l'ennui, l'inquiétude, l'absence de but et un investissement pauvre.

La "dépression masquée" ou "équivalents dépressifs" est également un terme fréquemment utilisé (Lamontagne et Delage,1986; Cadlovski et al., 1981). Elle est difficile à diagnostiquer car elle se manifeste sous diverses formes: somatisation, abus d'alcool ou de drogue, trouble du comportement,etc. Il est à noter que ce concept est sujet à controverse et qu'il est très difficile de le vérifier empiriquement. A ce propos, Kovacs et Beck (1977: voir Kaslow et Rehm, 1983) déclarent que les symptômes de la dépression masquée peuvent se rapporter à plusieurs types de détresses psychologiques. Pour sa part, Bemporad (1978: voir Kaslow et Rehm, 1983) considère que ces symptômes peuvent être des comportements visant l'adaptation face au stress.

Le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989) énonce les critères diagnostiques de la dépression. Le diagnostic de dépression suppose la présence d'au moins un des symptômes suivants: 1) une humeur dépressive, ou bien 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. De plus, la présence d'un minimum de cinq des symptômes suivants est requise:

1- Humeur dépressive (ou éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

2-Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres et décrite comme une apathie presque constante).

3-Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime (par ex.: 5% du poids corporel en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue).

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment d'indignité ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours (signalé par le sujet ou observé par les autres).



8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours ( signalée par le sujet ou observé par les autres).

9- Pensées récurrentes de la mort (pas seulement une crainte de mourir), ou idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Bref, la dépression est un trouble de l'humeur dont les répercussions pour l'individu qui en souffre, peuvent perturber différentes sphères de la vie de tous les jours, c'est-à-dire que les altérations sont ressenties au niveau physique, affectif, cognitif et social.

#### La dépression aux différentes périodes de la vie.

Les manifestations de la dépression chez un individu diffèrent à chacune des périodes de la vie. La dépression est plus souvent associée à l'âge adulte, en partie parce qu'elle est plus facilement identifiable dans ce groupe d'âge. Pendant bon nombre d'années, les auteurs ont écarté la possibilité que les enfants et les adolescents puissent souffrir de dépression. Cependant, aujourd'hui, le fait que des individus plus jeunes puissent être réellement déprimés est accepté, notamment par les auteurs du DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989).

Bowlby (1980: voir Rutter et al., 1986) affirme que les réponses protestation-désespoir-détachement observées chez le nourrisson suite à la perte de l'objet d'amour constituent des équivalents dépressifs. Cette affirmation a été contestée,

mais n'a pas été complètement écartée, car cette réaction du nourrisson représente néanmoins une forme d'état affectif dysthymique (Rutter et al., 1986). Plus récemment, Losson (1988: voir Lalonde et al., 1988) a affirmé que des formes mineures de dépression masquée ont été notées suite à l'observation systématique des nourrissons. Ces réactions dépressives seraient caractérisées par le désintérêt, la pauvreté de la réaction à la sollicitation, la présence de tristesse, des perturbations du développement psychomoteur et la présence de symptômes somatiques.

Chez l'enfant, la dépression est généralement masquée par des troubles de la conduite, des manifestations d'hostilité, l'inhibition du fonctionnement cognitif, des troubles somatiques et des manifestation d'anxiété (Lalonde et al., 1988). Pour leur part, les auteurs du DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1989) affirment que les critères diagnostiques de la dépression chez l'adulte sont applicables à l'enfant et ils y ajoutent les critères suivants: la perte de poids doit être calculée en fonction des gains attendus lors de la croissance, la présence d'une tendance à l'hypo-activité plutôt qu'à l'hyperactivité, ainsi qu'une tendance à l'apathie face à la sollicitation pour une activité sont des signes attendus chez l'enfant déprimé.

La dépression, dans sa forme légère et temporaire, constitue le trouble psychique le plus commun au cours de l'adolescence. Cependant, sa

manifestation est différente de la dépression observée chez les adultes, c'est-à-dire qu'elle est généralement masquée (Curran, 1987; Friedman et Sarles, 1980; Greuling et DeBlassie, 1980; Johnson et Maile, 1987). L'adolescent déprimé est habituellement irritable et triste. Un des premiers signes de dépression chez les jeunes est la difficulté à se concentrer sur leurs études ce qui entraînent évidemment une baisse du rendement scolaire (Greuling et DeBlassie, 1980; Ladame, 1981). Pour leur part, Neiger et Hopkins (1988) affirment que parmi les meilleurs indicateurs de la dépression, on retrouve un niveau faible d'estime de soi. On note également des perturbations alimentaires, des troubles du sommeil, du désintérêt et de l'autodévalorisation, ainsi que le retrait social et la perte d'initiative. Parmi les équivalents dépressifs, Chiles et al. (1980) incluent la mauvaise humeur, l'ennui, l'agitation, l'hypocondrie, l'absentéisme, la phobie scolaire, l'hyperactivité, les comportements agressifs, etc. La consommation de drogue et d'alcool, les comportements délinquants, la promiscuité sexuelle, les comportements de type compulsif (jeûne ou boulimie, fugues, incapacité à rester seul, etc.) et la somatisation peuvent servir à masquer la présence de la dépression et ce, plus particulièrement pour les adolescents plus âgés. Devant une telle variété de symptômes, il est évidemment ardu d'établir clairement un diagnostic de dépression.

Tout comme chez l'adulte, l'incidence de la dépression est plus grande chez les jeunes filles que chez les garçons. Selon les résultats d'une étude menée en milieu psychiatrique (Mezzich et Mezzich, 1979), il y a trois fois plus

d'adolescentes que d'adolescents qui sont touchées par la dépression. Une étude menée en milieu scolaire auprès d'adolescents âgés entre 13 et 18 ans (Larsson et Melin, 1990) révèle que 10% des étudiants présentent des symptômes dépressifs dont l'intensité varie de modéré à sévère. Parmi les jeunes dépressifs, on dénombre une forte majorité de filles, soit 90%. De plus, le score total de dépression obtenu par les adolescentes ( $M=8,5$ ) est significativement plus élevé que celui des adolescents ( $M=4,2$ ). Les auteurs ne notent cependant pas de différence significative reliée à l'âge des répondants.

Certains auteurs (Ladame, 1981; Marcelli et Braconnier, 1988; Vaneck, 1978) déclarent que la dépression fait partie intégrante de la période de l'adolescence. Dans cette optique, elle doit être considérée comme une étape du développement. Toutefois, Widlocher (1976) signale que cet état ne doit pas être banalisé sous prétexte qu'il contribue à l'évolution psychologique normale de l'adolescent.

La dépression chez l'adulte, comme il a été mentionné précédemment, est habituellement relativement facile à diagnostiquer. La dépression, dans ce groupe d'âge, frappe deux fois plus de femmes que d'hommes. De plus, son incidence est plus grande à l'intérieur de la tranche d'âge des 25-45 ans. Les auteurs du DSM-III-R présentent une classification des troubles affectifs se subdivisant en deux groupes. Le premier regroupement, les troubles affectifs unipolaires, inclut la

dépression majeure, la maladie dysthymique et la maladie dépressive atypique. En deuxième lieu, ils regroupent sous le nom de troubles affectifs bipolaires, la phase maniaque, la phase dépressive, la phase mixte, les troubles bipolaires atypiques et les troubles cyclothymiques.

En ce qui concerne les personnes âgées, on observe que la dépression est presque aussi difficile à identifier dans ce groupe d'âge que chez les enfants et les adolescents. Les gens du troisième âge constituent un groupe très vulnérable à la dépression. On note que les troubles dépressifs se manifestent sous une forme masquée. Les symptômes les plus fréquents sont l'hypocondrie, l'irritabilité et les comportements obsessionnels (Lamontagne et Delage, 1986).

#### Relation entre la dépression et le suicide.

Le processus suicidaire inclut les idéations suicidaires et les tentatives de suicide et s'inscrivent sur un continuum. En premier lieu, il y a apparition des idéations suicidaires qui se manifestent de façon intermittente pour ensuite s'intensifier. Celles-ci précèdent la planification de moyens de suicide qui peut conduire aux tentatives de suicide et, finalement à la mort (Bonner et Rich, 1987). Chez les adolescents, le processus suicidaire peut se dérouler beaucoup plus rapidement que chez l'adulte.

La littérature renferme un certain nombre d'écrits portant sur la relation qui existe entre la dépression et le suicide et ce, tant au niveau théorique qu'empirique. Les auteurs se sont penchés sur la prévalence de la dépression chez les suicidaires appartenant à divers groupes d'âge, à l'intérieur de la population générale ainsi qu'en milieu psychiatrique. L'étude des résultats de recherches menées auprès des individus suicidaires révèle certaines variations quant à la nature de la dépression évaluée et, parfois, un manque de précision de la définition de la variable étudiée. Il en découle fréquemment un manque de correspondance entre les conclusions des différentes recherches.

Une étude menée en milieu psychiatrique auprès d'enfants a révélé que 63% des sujets déprimés selon les critères de la CDI (Children Depression Inventory) étaient suicidaires (Carlson et Cantwell, 1982). Till et Kapamazija (1981) ont découvert dans leur échantillon formé d'adultes souffrant soit de dépression unipolaire ou de dépression bipolaire que 41% des sujets avaient déjà tenté de se suicider. Pour leur part, Urwin et Gibbons (1979: voir O'Brien et al., 1987), dans leur étude menée auprès d'une population psychiatrique adulte ayant fait une tentative de suicide, notent que 60% de leurs cas étaient déprimés. Une autre étude effectuée auprès d'adultes psychiatisés (Scholz et Pfeffer, 1987) révèle que l'étendue de la dépression ne distingue pas les patients ayant tenté de se suicider de ceux souffrant de dépression réactive ou névrotique.

O'Brien et al. (1987), suite à une étude portant sur 98 cas de tentative de suicide dans une population adulte, ont retrouvé une corrélation significative entre dépression (Hamilton Rating Scale) et intention suicidaire (Suicide Intent Scale) ( $r=0,67$ ;  $p<0,01$ ).

Bon nombre d'auteurs s'entendent sur le fait qu'il existe des liens entre les tendances suicidaires et la symptomatologie dépressive. Tadic et Radulovic-Mihaljevic (1972) rapportent qu'à l'intérieur de leur échantillon composé de jeunes âgés entre 8 et 18 ans, 32% de leurs 100 cas ayant fait une tentative de suicide manifestaient des symptômes de dépression. Les travaux de Goldberg (1981) auprès de jeunes adultes issus de la population générale démontrent que la symptomatologie dépressive est fortement reliée ( $p<0,01$ ) à la présence d'idéations suicidaires. Ce même auteur a observé que parmi les idéatifs, 22,6% présentaient des symptômes de dépression comparativement à 5,4% qui n'en présentaient pas du tout. Selon Quidu (1970), le risque suicidaire s'élève proportionnellement à la présence d'une symptomatologie dépressive ayant comme élément central, la mélancolie. Dans le même ordre d'idée, Lamontagne et al. (1986), suite à leur investigation auprès d'étudiant(e)s de niveau collégial, ont conclu que les scores obtenus au BDI (Beck Depression Inventory) constituent une indication qui démontre que la dépression est étroitement liée à la présence d'idéations suicidaires et à l'existence de tentatives de suicide antérieures. D'autres études effectuées auprès d'une population adulte soulignent la présence de symptômes dépressifs chez ceux qui ont des pensées de suicide et ceux qui

tentent de se suicider (Beck et al., 1973: voir Goldberg, 1981; Lester et Beck, 1977). Par contre, Kincel (1981) rapporte que les scores de dépression au MMPI n'ont pas différencié les suicidaires des non suicidaires formant sa population d'étude, l'humeur dépressive étant commune aux deux groupes. Pour leur part, Biro et Lazic (1981), en utilisant la méthode de l'autopsie psychologique, affirment que 71% des sujets ont manifesté une humeur dépressive durant la période précédant leur décès par suicide.

Cadlovski et al. (1981) ont comparé 72 cas de dépression masquée à un nombre équivalent de cas de dépression. Ils ont rapporté que 22% des sujets du groupe dépression masquée avaient tenté de se suicider comparativement à 26,3% à l'intérieur du groupe dépression. Les présents résultats démontrent possiblement, de par le faible écart existant les deux sous-groupes, la proximité qui existe entre les notions de dépression et dépression masquée.

Parmi les recherches portant sur la relation qui existe entre la dépression et le suicide, certaines ne précisent pas la nature de la dépression qui a été évaluée. Dans une étude menée par Otto (1972: voir Chabrol, 1982), auprès de 581 enfants et adolescents suicidaires, l'auteur a noté que 38% des sujets étaient déprimés dans les trois mois précédant la tentative de suicide. Mattsson et al. (1969: voir Pfeffer, 1981) rapportent des résultats similaires à ceux de Otto, c'est-à-dire que 40% des enfants suicidaires évalués étaient déprimés un mois avant d'être vus,



comparativement à seulement 13% des enfants gravement perturbés. En ce qui concerne les adultes, Hoff (1984) note que 65% des suicidés ont une histoire de dépression et qu'un grand pourcentage de ceux qui font des tentatives sont déprimés. Wenz (1981) a, pour sa part, remarqué que 53,2% des sujets ayant fait une tentative étaient déprimés.

Comme on peut le remarquer à travers les résultats de recherche, on ne peut affirmer que toutes les personnes suicidaires montrent des signes de dépression. Quoi qu'il en soit, un nombre suffisant de victimes du suicide sont assez déprimées pour en faire un indicateur important du suicide et des tendances suicidaires (Hoff, 1984).

Outre le concept de dépression, il existe une autre variable fréquemment citée à l'intérieur des travaux portant sur le suicide. Il s'agit du concept de désespoir dont Beck et al. (1974, 1985) sont les instigateurs. Cette variable a été à maintes reprises étudiée dans le cadre des recherches visant la population à tendances suicidaires. Une étude de validation menée auprès de 384 adultes hospitalisés pour tentative de suicide a révélée que le désespoir a compté pour 76% de l'association entre la dépression et l'intention suicidaire (Beck et al., 1975: voir Beck et al., 1985). Dans une autre étude, Beck et al. (1985) ont évalué 207 patients présentant des idéations suicidaires. L'âge des sujets variaient entre 17 et

65 ans. Ces chercheurs ont observé que leurs sujets étaient modérément à sévèrement déprimés et modérément à sévèrement pessimistes face au futur.

Pfeffer et al. (1979:voir Pfeffer, 1981), lors d'une étude portant sur 58 enfants d'âge de latence hospitalisés en psychiatrie, ont démontré que la dépression, les sentiments de désespoir, la dévalorisation de soi et le désir de mourir ont différencié les enfants suicidaires des non suicidaires. De plus, cette étude a permis aux auteurs de conclure que ce ne sont pas tous les enfants déprimés qui deviennent suicidaires. Une autre étude en milieu psychiatrique portant sur des enfants âgés entre 5 et 13 ans dont le tiers (N=22) manifestait la présence de tendances suicidaires a révélé que le désespoir était significativement plus grand chez les suicidaires en comparaison aux non suicidaires ( $F(1,64)=6,96$   $p<0,05$ ). Par contre, les résultats obtenus à l'échelle de dépression (Children Depression Inventory) ne permettaient pas de différencier ces deux groupes, même si ces scores étaient plus élevés à l'intérieur du groupe des suicidaires. Ces auteurs ont également noté que l'intention suicidaire était positivement corrélée au désespoir ( $r=0,35$   $p<0,01$ ) et à la dépression (CDI) ( $r=0,20$   $p<0,06$ ). Cependant, la relation entre intention suicidaire et dépression est éliminée lorsque le niveau de désespoir est contrôlé à travers une corrélation partielle ( $r=0,02$  n.s.). En ce qui concerne la corrélation entre l'intention suicidaire et le désespoir, elle demeure significative ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ) et ce, même lorsque la dépression est contrôlée. Ces auteurs concluent donc que l'intention suicidaire est plus clairement reliée au degré de désespoir qu'à la sévérité de la dépression.

Une autre étude a été menée en milieu psychiatrique auprès d'adolescents et d'adultes hospitalisés suite à une tentative de suicide (Minkoff et al., 1973). Leur échantillon se composait de personnes atteintes de désordres dépressifs (66,2%) et de schizophrénie (33,8%). Les résultats de l'étude ont révélé que l'intention suicidaire varie en fonction du désespoir peu importe que le niveau de la dépression soit faible ou élevé. La présente recherche suggère que le désespoir est un autre signe de danger, possiblement plus sensible que la dépression, du sérieux de l'intention suicidaire. Le risque suicidaire est spécifiquement une fonction du désespoir, une composante du syndrome dépressif, plus que la dépression en général.

Wetzel (1976) a évalué 154 adultes provenant d'un milieu psychiatrique. Sa population d'étude se subdivise en 3 groupes, soit les idéatifs (n=56), les personnes ayant fait une tentative de suicide (n=48) et un groupe contrôle (n=50). Les données rapportées dans cette étude indiquent clairement que le désespoir est hautement corrélé avec le comportement suicidaire. Les scores de désespoir différencient les sujets suicidaires des non suicidaires et les sujets hautement suicidaires de ceux qui sont moins suicidaires. De plus, l'auteur a noté que chez les idéatifs lorsque l'effet du désespoir est contrôlé statistiquement, la dépression n'est plus corrélée à l'intention suicidaire ( $r=0,20$ ; n.s.). Cependant lorsque la dépression est contrôlée, le désespoir demeure significativement corrélé à l'intention suicidaire ( $r=0,41$ ;  $p<0,01$ ).

Une autre étude menée auprès d'adultes suicidaires (Dyer et Kreitman, 1984) a démontré que 59% des sujets composant l'échantillon souffraient de dépression variant entre les niveaux modéré et sévère selon les critères du Beck Depression Inventory. Les auteurs ont observé que lorsque la dépression est contrôlée, la relation entre désespoir et intention suicidaire est significative ( $r=0,32$ ;  $p<0,001$ ). Par contre, la relation entre dépression et intention suicidaire est non significative ( $r=0,12$ ; n.s.) lorsque le désespoir est statistiquement contrôlé. Evans et al. (1985) arrivent à des conclusions différentes suite à l'évaluation de 188 étudiants de niveau universitaire dont 47% affirment entretenir des idéations suicidaires. Les résultats de leur étude démontrent que la dépression est plus fortement reliée aux idéations suicidaires que le désespoir. Bonner et Rich (1987), quant à eux, précisent que la dépression est un meilleur prédicteur des idéations suicidaires faibles tandis que le désespoir est un meilleur prédicteur des idéations élevées.

En somme, la relation dépression-intention suicidaire ou idéation suicidaire a comme médiateur le construit de désespoir (Beck et al., 1975; Kazdin et al., 1983; Kovacs et al., 1975; Minkoff et al., 1973; Petrie et Chamberlain, 1983; Wetzel, 1976; Wetzel et al., 1980: voir Harlow et al., 1986).

### Dépression chez l'adolescent suicidaire

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les écrits traitant de la relation entre la dépression et les comportements suicidaires à l'adolescence. Chabrol (1984) observe que les différentes conceptions de la dépression donnent lieu à de nombreuses divergences quant à l'estimation de l'incidence de la dépression chez l'adolescent suicidaire. Gispert et al. (1985) soulignent que les auteurs s'entendent sur le fait que les gens déprimés sont généralement à risque suicidaire. Par contre, les opinions sont plus partagées en ce qui concerne la présence de dépression chez les personnes suicidaires, et plus particulièrement chez les adolescents. D'autres auteurs (Johnson et Maile, 1987) constatent qu'il est discutable de faire de la dépression une cause du suicide. D'autre part, ils notent un accord entre les auteurs lorsqu'il s'agit de considérer la dépression comme une composante de la personnalité du suicidaire. Et, sur ce dernier point, ils spécifient que les adolescents ne font pas exception.

Les travaux empiriques présentent ce même manque de consensus. L'incidence de la dépression chez les adolescents à tendances suicidaires est diversement appréciée, les taux se situant entre 10% et près de 100% des cas. Une étude menée auprès d'adolescents (12 et 18 ans) ayant tenté de se suicider (Marks, 1979) révèle que seulement 12% des jeunes suicidaires souffrent de dépression chronique. Davidson et Choquet (1982) ont, eux aussi, fait état d'un

faible pourcentage de cas de désordres dépressifs, soit 10,6%. Les 537 adolescents qu'ils ont évalués sont âgés entre 15 et 19 ans et ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide. Dans le même ordre d'idée, Hawton (1982, 1986) affirme qu'une minorité d'adolescents ayant fait une tentative de suicide souffre de désordres psychiatriques, la dépression étant le diagnostic le plus fréquemment posé. Cette conclusion fait suite à une recension d'écrits et à une recherche qu'il a menée auprès de 50 adolescents (Hawton et al., 1982). L'échantillon de cette étude est majoritairement composé de filles (90%) âgés de 18 ans et moins. Les résultats révèlent que 20% des sujets ont eu des problèmes psychiatriques se manifestant sous la forme de dépression légère et/ou de difficultés de personnalité. Suite à l'étude des dossiers de 100 adolescents hospitalisés consécutivement à une tentative de suicide, Moron et al. (1980) notent que dans 28% des cas, le diagnostic est celui de dépression névrotique. Leur échantillon est également presque exclusivement féminin.

Pour leur part, Friedman et al. (1984) ont évalué 34 patients déprimés âgés entre 13 et 19 ans. Leur échantillon se divise en deux groupes: les adolescents ayant tenté de se suicider (n=16) et un groupe d'adolescents non suicidaires (n=18). Les résultats de leur étude révèlent que la majorité des sujets, tant ceux du groupe expérimental (10/16) que ceux du groupe contrôle (13/18), rencontrent les critères du RDC (Research Diagnostic Criteria) pour un épisode actuel de dépression majeure. La dépression ne permet donc pas, dans le cas présent, de discriminer les deux groupes. Friedrich et al. (1982) arrivent sensiblement à des

résultats similaires dans leur échantillon composé de 132 adolescents (13-16 ans) issus de la population générale. A l'aide du BDI (Beck Depression Inventory), ils ont déterminé que 58 de leurs sujets sont déprimés tandis que 73 ne le sont pas. Ces résultats suggèrent que la composante dépressive se manifeste assez fréquemment durant l'adolescence. Ils n'y a cependant aucune différence intersexe. Selon ces auteurs, les idéations suicidaires s'avèrent être un phénomène très différent de la dépression. A la lumière de leurs résultats, ils déclarent que la dépression, dans ce groupe, est plus situationnelle alors que les idéations suicidaires sont davantage reliées au climat familial et social. Dans le même ordre d'idée, Davidson et Choquet (1982) observent que les scores à l'échelle de dépression du MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ne sont pas particulièrement élevés dans leur population d'étude. L'état morose caractérise davantage leur échantillon. Il est retrouvé chez plus de la moitié (56%) de leur 537 adolescents.

Un certain nombre d'auteurs font état de taux de dépression beaucoup plus élevés chez les jeunes suicidaires que les auteurs précédemment cités. Il est à noter que la plupart des recherches qui suivront renferment un petit nombre de sujets, soit entre 15 et 40. Clarkin et al. (1984: voir Bettes et Walker, 1986) rapportent que 71% des patients adolescents qu'ils ont évalués rencontrent les critères du DSM-III permettant de poser le diagnostic de désordre dépressif. Ces sujets, âgés entre 14 et 18 ans, ont été hospitalisés suite à une tentative de suicide. Crumley (1979: voir Chabrol et Moron, 1988) rapporte 80% (33/40) de cas

de désordres affectifs dans leur échantillon composé d'adolescents ayant tenté de se suicider. Suite à l'évaluation de 100 adolescents (13-18 ans) hospitalisés en psychiatrie consécutivement à une tentative de suicide, Chabrol et Moron (1988) notent que 91 de leurs sujets rencontrent les critères de désordres dépressifs du DSM-III. Friedman, Clarkin et Corn (1982: voir Chabrol et Moron, 1988) retrouvent un pourcentage équivalent (96%) d'adolescents auxquels a été attribué le diagnostic de désordre affectif, toujours selon les critères du DSM-III. Il est à noter que leur échantillon est beaucoup plus petit, soit seulement 28 sujets. Dans le même ordre d'idée, Ladame (1981) fait état de l'universalité d'un état dépressif dans les cas de jeunes suicidaires. S'appuyant sur ses observations cliniques, il affirme que la tentative de suicide de l'adolescent survient en présence d'une psychopathologie qui se veut fréquemment un trouble sévère. Laufer et Laufer (1984) abondent dans le même sens. Ils vont même plus loin en affirmant que toute tentative de suicide, même mineure, implique une perte de contact temporaire avec la réalité extérieure. Ladame (1981) ajoute également que la dépressivité, ou dépression d'abandon, est centrale dans la problématique suicidaire. Le terme dépressivité fait référence à des critères structuraux plutôt que symptomatologiques. Au niveau empirique, Jacq et al. (1981) en sont arrivés à la même conclusion. Dans leur échantillon, les adolescents ayant tenté de se suicider ont obtenu des résultats moyens de dépressivité (34,14) significativement plus élevés ( $p < 0,01$ ) que les jeunes non suicidaires (13,40). Les résultats d'une évaluation effectuée auprès d'étudiants âgés entre 13 et 18 ans (Larsson et Melin, 1990) révèlent que 70% des sujets entretenant des pensées suicidaires souffrent de dépression variant de modérée à sévère. De plus, les résultats obtenus au BDI



(Beck Depression Inventory) par les jeunes manifestant un niveau prononcé d'idéations suicidaires sont significativement plus élevés ( $t(526)=11,62$ ;  $p<0,001$ ) que ceux ne présentant pas de telles idéations ( $M=20,7$  et  $M=5,7$ , respectivement).

Lors d'une étude effectuée en milieu psychiatrique auprès d'adolescents suicidaires Robins et Alessi (1985) ont observé une association entre les sentiments et les comportements suicidaires et l'humeur dépressive, ainsi que le diagnostic de désordre dépressif majeur. La portion de la variance expliquée par la variable dépression est de 35,5% en ce qui concerne les tendances suicidaires.

Les différents travaux effectués auprès des adolescents suicidaires font état d'une grande variabilité des résultats en ce qui concerne la présence de la dépression au sens clinique du terme. Il en va de même pour la relation entre le comportement suicidaire et l'état dépressif ainsi que les symptômes dépressifs. Un certain nombre d'auteurs s'entendent sur le fait que les états dépressifs sont très répandus chez les adolescents suicidaires. Moron (1975: voir Chabrol, 1982) rapporte une constance de l'état dépressif chez les jeunes suicidaires. Selon Weiner (1980), la dépression constitue le plus important facteur de risque suicidaire.

Garfinkel et Golombek (1983) affirment que les études sur les jeunes suicidaires font état de pourcentages variés (35 à 80%) de cas d'état dépressif. Ils

affirment également que l'estimation suivante se veut conservatrice: 40 à 45% des tentatives de suicide seraient précédées par des états dépressifs. Greuling et Deblassie (1980) rapportent, eux aussi, que 40% des adolescents ayant fait une tentative de suicide souffrent de symptômes dépressifs. Selon ces mêmes auteurs, ce pourcentage peut être encore plus élevé si l'on tient compte du phénomène de la dépression masquée. Suite à la consultation de 40 dossiers d'adolescents ayant tenté de se suicider, Ladame (1989) rapporte une absence de symptomatologie dépressive nette dans seulement 20% des cas. En ce qui le concerne, la preuve du lien existant entre la dépression et les conduites suicidaires n'est plus à faire. Tisher et al. (1981) observent une grande disparité des résultats lorsqu'ils comparent les filles aux garçons. Après avoir évalué 108 adolescents admis à l'urgence d'un hôpital pour tentative de suicide, ils constatent que dans 71% des cas, les filles présentent des signes végétatifs de dépression comparativement à seulement 29% des garçons. Les symptômes les plus fréquents sont les troubles du sommeil, un changement de poids et des affects incongruents avec la situation. Une autre étude effectuée à l'urgence d'un hôpital (Triolo et al., 1984), comparant des adolescents admis suite à une tentative de suicide à des jeunes non suicidaires admis pour maladie ou blessure mineure, identifie la dépression comme étant le plus puissant prédicteur du suicide chez ce groupe d'âge. De plus, les auteurs soulignent que les prédicteurs (dont la dépression) peuvent varier significativement lorsque le sexe et l'âge des répondants sont considérés. Lors d'une vaste étude menée en France, Davidson et Choquet (1978) notent à peine 10% de cas d'états dépressifs. Ils en concluent donc que les manifestations dépressives demeurent exceptionnelles chez les

adolescents. Hanigan (1987), pour sa part, suite à une recension des écrits, affirment qu'on ne peut nier la présence d'état et de symptômes dépressifs, et malgré l'existence d'une grande variabilité des résultats au niveau empirique. A la lumière d'une recension d'écrits, Spirito et al. (1989) rapportent que les trois principaux états émotionnels associés aux tentatives de suicide chez les adolescents sont les suivants: la dépression ou la maladie dépressive, le désespoir et l'agressivité.

D'autres chercheurs ont prioritairement concentré leur énergie à investiguer les affects dépressifs. Garfinkel et al. (1982) ont étudié les dossiers de 1010 patients adolescents dont 505 ont été hospitalisés pour tentative de suicide et 505 jeunes constituant le groupe contrôle qui, eux, ont été hospitalisés pour maladies physiques et mentales. Les données tirées des dossiers révèle que 55,3% des adolescents suicidaires (groupe tentative) présentent des affects dysphoriques qui constitueraient le symptôme le plus commun au moment de l'admission. Gispert et al. (1985) ont testé 82 adolescents (12-18 ans) à l'aide d'une version modifiée du Children's Depression Rating Scale. Ces jeunes ont été admis dans une unité pédiatrique parce qu'ils présentaient des comportements auto-destructeurs ou qu'ils exprimaient des menaces suicidaires sérieuses. Les résultats montrent que ces adolescents sont dysphoriques et plutôt dysfonctionnels; mais, contrairement à Tisher et al. (1981), ces auteurs soulignent l'absence de symptômes végétatifs de dépression. De plus, Gispert et al. (1985) notent une corrélation significative ( $r=0,50$ ) entre les scores de dépression et le risque suicidaire. Ils observent

également que les adolescents plus âgés ont tendance à être plus déprimés, bien que cette différence ne soit pas significative ( $r=0,18$ ;  $p<0,07$ ).

Bettes et Walker (1986) ont mené une vaste étude en milieu psychiatrique auprès d'adolescents (11-18 ans) de race noire. Leur population d'étude ( $n=7828$ ) se divise en quatre sous-groupes: 1-pensées suicidaires; 2-actes suicidaires; 3-pensées et actes suicidaires; 4-groupe contrôle constitué d'adolescents non suicidaires. Les auteurs constatent que dans les trois groupes d'adolescents suicidaires, l'humeur dépressive est le symptôme le plus commun, et il apparaît à un taux plus élevé que dans le groupe des non suicidaires. De plus, les résultats indiquent que l'humeur dépressive est plus faiblement associée aux idéations suicidaires et/ou gestes suicidaires chez les garçons (12%; 5%) comparativement aux filles (36%; 22%).

Dans certains travaux, il s'avère difficile voire même impossible de déterminer le type de dépression ayant fait l'objet d'une évaluation. Berendzen (1985) considère la dépression comme étant un signe précurseur du suicide chez les jeunes. Gillis (1984) rapporte que l'adolescent qui tente de se suicider est habituellement décrit comme étant triste et déprimé. Pour Gernsbacher (1985), bien que la dépression puisse assurément précéder le suicide, le suicide ne résulte jamais directement de la dépression. Davis (1983), quant à elle, spécifie que le comportement suicidaire peut résulter de la dépression mais, qu'un

adolescent n'a pas besoin d'être déprimé pour qu'il y ait apparition du comportement suicidaire. Au niveau empirique, Withers et Kaplan (1987) ont consulté les dossiers de 173 adolescents admis en milieu hospitalier à la suite d'une tentative de suicide. Les données recueillies révèlent que plus des 2/3 des sujets rapportent avoir été déprimés avant la tentative. La dépression constitue le trait de personnalité le plus prédominant, mais aucune différence significative n'a été observée entre les filles (68,3%) et les garçons (69,9%).

Comme chez l'adulte, certains chercheurs se sont appliqués à faire ressortir la relation qui existe entre le sentiment de désespoir et la tentative de suicide durant l'adolescence. Dans une clinique de premiers soins, Earls (1989) a procédé à l'évaluation de 2425 adolescents dont la majorité (71%) est de race noire. Les entrevues menées auprès de ces jeunes suicidaires âgés entre 13 et 18 ans révèlent que près de la moitié (49%) des sujets manifestent la présence de sentiment de désespoir. La population d'étude de Topol et Reznikoff (1982) est composée de 100 adolescents âgés entre 13 et 19 ans répartis en trois groupes: 1- hospitalisés suite à une tentative de suicide ( $n=30$ ); 2- hospitalisés en psychiatrie mais non suicidaires ( $n=35$ ); 3- un groupe contrôle composé d'étudiants. Les résultats au HS (Hopelessness Scale) révèlent des différences significatives ( $F(2)=12,99$ ;  $p<0,001$ ) entre les trois groupes. Il existe également des différences significatives ( $p<0,05$ ) entre les suicidaires qui sont les plus désespérés et les non suicidaires. De plus, les auteurs observent des différences significatives ( $p<0,05$ ) entre les suicidaires et les sujets du groupe contrôle. Cependant, le sentiment de

désespoir ne s'avère pas discriminant lorsqu'il s'agit des adolescents psychiatisés comparativement à ceux du groupe contrôle. Le sentiment de désespoir discrimine donc les sujets ayant fait une tentative de ceux qui n'en ont pas fait. Cette conclusion rejoint celles d'études portant sur des groupes d'âge plus variés (Beck et al., 1975; Lester et al., 1979; Minkoff et al., 1973). Par contre, Spirito et al., (1987) ne notent aucune différence significative en ce qui concerne la dépression ou le désespoir. Cette observation fait suite à la comparaison d'un groupe d'adolescents (13-18 ans) hospitalisés pour tentative de suicide et d'un groupe de jeunes non suicidaires admis pour des problèmes d'ordre psychiatrique.

En somme, la relation entre la composante dépressive et le vécu suicidaire est clairement établie dans une population d'adultes suicidaires, ainsi que chez des enfants ou adolescents évalués en milieu psychiatrique (Beck et al., 1985; Minkoff et al., 1973; Pfeffer, 1981). Il est d'autant plus important d'évaluer, dans une population générale, le vécu dépressif chez les adolescents à tendances suicidaires, étant donné le manque d'études québécoises. La présente recherche a donc pour but d'étudier la présence d'une symptomatologie dépressive chez les adolescents à tendances suicidaires comparativement aux non suicidaires. Nous voulons également comparer entre eux les adolescents suicidaires compte tenu de la gravité des tendances suicidaires présentes.

### Hypothèses

Les hypothèses de travail se répartissent en quatre hypothèses principales dont la première et la dernière se subdivisent en sous-hypothèses.

1A. Le niveau de symptomatologie dépressive est plus élevé chez les adolescents à tendances suicidaires que chez les adolescents non suicidaires.

1B. Le niveau de symptomatologie dépressive augmente en fonction de la gravité des tendances suicidaires présentées, soit:

- les adolescents ayant des idéations suicidaires seulement;
- les adolescents ayant des idéations suicidaires avec planification de moyens précis et dangereux de suicide;
- les adolescents ayant déjà commis une ou plusieurs tentatives de suicide.

2. Le niveau de symptomatologie dépressive est plus élevé chez les adolescentes que chez les adolescents qu'ils soient à tendances suicidaires ou non.

3. Le niveau de symptomatologie dépressive est plus élevé chez les adolescents plus âgés (15-18 ans) que chez les adolescents plus jeunes (12-14 ans) qu'ils soient à tendances suicidaires ou non.

4A. Le niveau de désespoir est plus élevé chez les adolescents à tendances suicidaires comparativement aux adolescents non suicidaires.

4B. Le niveau de désespoir augmente en fonction de la gravité des tendances suicidaires.



## Chapitre II

### Description de l'expérience

Le présent chapitre décrit les sujets et présente l'épreuve expérimentale utilisée. De plus, on y fait mention du déroulement de l'expérience ainsi que de la formation de la population expérimentale.

### Sujets

Les sujets proviennent de quatre milieux scolaires de niveau secondaire de la région Centre-Mauricie. Les étudiants ayant participé à l'évaluation sont âgés entre 12 et 18 ans. Ils se répartissent à travers les différents niveaux académiques, c'est-à-dire du secondaire I au secondaire V. La majorité des adolescents qui ont participé à la présente étude sont inscrits au programme régulier sauf treize d'entre eux qui fréquentent le pré-secondaire, le cheminement particulier et le programme EDAA (élève en difficulté d'adaptation et d'apprentissage). Vu leur faible nombre, ces treize élèves seront regroupés dans une catégorie que nous nommons "adaptation scolaire" .

Au total, 434 adolescent(e)s composent l'échantillon, dont 258 filles (59,4%) et 176 garçons (40,6%). L'âge moyen des sujets examinés est de 14,7 ans. Le tableau I présente la distribution des sujets en fonction du niveau académique, du sexe et de l'âge.

Tableau 1  
Distribution des sujets en fonction du niveau académique,  
du sexe et de l'âge.

Niveau académique	Sexe	N	Age moyen
Secondaire I	F	31	12,5
	G	22	12,7
Secondaire II	F	59	13,8
	G	47	13,8
Secondaire III	F	75	14,8
	G	35	14,8
Secondaire IV	F	50	15,5
	G	42	16,0
Secondaire V	F	37	16,4
	G	23	16,9
Adaptation scolaire	F	6	14,0
	G	7	13,7

### Epreuve expérimentale

L'épreuve expérimentale est un questionnaire intitulé "Expérience des jeunes de niveau secondaire". Cet outil est une adaptation (Pronovost, 1985) du questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires créé par Tousignant (1983) lors d'une étude menée dans quatre (4) collèges francophones de la région de Montréal.

Cet instrument a été choisi, tout d'abord, à cause de sa valeur de dépistage. Il est, à la fois, facile à utiliser et peu coûteux. De plus, sa compréhension par des adolescents est favorisée par l'utilisation d'un langage simple. L'auto-passation

peut être effectuée en groupe ou individuellement selon le besoin. Enfin, la correction de ce questionnaire est très simple.

### Description de l'épreuve expérimentale

Le questionnaire "Expérience des jeunes de niveau secondaire" se divise en trois parties: 1- des questions renseignant sur l'identité du répondant; 2- une échelle de dépression; 3- une échelle d'évaluation du potentiel suicidaire.

La première section du questionnaire permet de recueillir des informations concernant l'identification du sujet et les données sociodémographiques qui le caractérisent soit: la composition de sa famille, l'occupation et la scolarité de ses parents, son état de santé ainsi que celui des membres de sa famille.

La seconde portion du questionnaire, soit l'échelle de dépression, la CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977), a été traduite par Tousignant (1983). Cette échelle, composée de 20 items, mesure le niveau actuel de symptomatologie dépressive en mettant l'emphasis sur la composante affective. Cet instrument a été développé à partir d'un regroupement d'items provenant d'échelles de dépression préalablement validées (Beck et al., 1961; Dahlstrom et Welsh, 1960; Gardner, 1968; Raskin, et al., 1969; Zung, 1965: voir Radloff, 1977). Les répondants doivent indiquer la fréquence selon laquelle ils ont expérimenté les sentiments et comportements cités et ce, au cours de la semaine précédente. Cette échelle de type Likert compte

quatre niveaux: rarement (0-1 jour), quelquefois (1-2 jours), la moitié du temps (3-4 jours), la plupart du temps (5-7 jours). Chacun des items est coté de zéro à trois. Le score total obtenu indique le niveau de dépression. Le score minimum est de zéro tandis que le score maximum est de 60. Il est à noter que le seuil indicateur d'un état dépressif est de 20 et plus pour les jeunes adultes (Noles et al., 1985). Cette échelle a l'avantage de se prêter facilement à l'autopassation par des adolescents.

Le choix d'une telle échelle se justifie par la qualité de l'information recueillie, la clarté des énoncés, la simplicité de son mode de cotation pour la population adolescente et par ses qualités psychométriques reconnues.

La version anglaise de cet instrument présente une grande consistance interne, soit 0,90 pour la population psychiatrique et 0,85 pour la population générale. La traduction française a été validée par Pronovost et al. (1989) en la mettant en relation avec l'échelle de dysphorie de l'Inventaire du Monde Expérientiel (El-Meligi et Bonneau, 1973), cette dernière mesurant les affects dépressifs. La version française révèle une validité concurrente ( $r=0,73$ ) ainsi qu'une grande consistance interne, la valeur du coefficient alpha de Crownbach étant de 0,91 pour les adolescents à tendances suicidaires et de 0,81 pour ceux qui ne présentent pas de tendances suicidaires.

Enfin, la dernière portion du questionnaire Expérience des jeunes de niveau secondaire renferme une échelle d'évaluation du potentiel suicidaire. Cette échelle reprend l'essentiel des éléments des échelles d'évaluation du potentiel suicidaire connues: Zung, (1965); Storck, (1977); Morissette, (1984). Elle est constituée de cinq questions ayant pour but de recueillir des informations concernant les points suivants: présence d'idéations suicidaires, planification de moyens de passage à l'acte, événements déclencheurs, choix d'un confident, réaction de l'entourage face aux intentions du sujet. Des entrevues ont été menées auprès des sujets évalués afin de vérifier la véracité des affirmations des répondants et le classement des dépistés à risque. De plus, cette procédure fut répétée auprès d'un nombre équivalent de non suicidaires choisis au hasard. Ces rencontres ont révélé que les résultats obtenus à l'échelle d'évaluation du potentiel suicidaire sont fiables dans 90% des cas.

#### Déroulement de l'expérience

La passation des questionnaires a été effectuée par groupes-classes aux heures régulières de cours par des expérimentateurs préalablement entraînés, et ce, en présence de l'enseignant responsable du groupe à ce moment. L'administration du questionnaire a nécessité environ une vingtaine de minutes par groupe.

Le sujet du suicide n'a pas été formulé tel quel aux étudiant(e)s au moment de la passation. Le questionnaire leur a été présenté comme faisant l'objet d'une recherche visant à mieux connaître le vécu, les besoins et les difficultés (dont le suicide) des adolescents de niveau secondaire.

La correction des questionnaires a été effectuée manuellement. La symptomatologie dépressive étant centrale à la présente étude, les questionnaires dans lesquels l'échelle de dépression était incomplète ou répondue de façon douteuse ont été rejetés.

#### Formation de la population expérimentale

Dans le cadre d'une recherche plus globale menée par Pronovost, entre 1985 et 1989, 2850 adolescent(e)s ont été évalués à l'intérieur de quatre écoles de niveau secondaire de la région Centre-Mauricie. De ce nombre, ont été dépistés 428 jeunes présentant des tendances suicidaires, soit 15% (ou 1 adolescent sur 7) de l'ensemble des adolescents évalués. Ces derniers ont été retenus à partir des critères suivants: affirmer avoir déjà pensé sérieusement à se suicider et avoir donné des spécifications quant au moment d'apparition et à la durée des idéations suicidaires. La répartition des suicidaires à l'intérieur des trois groupes expérimentaux s'est effectuée à partir des affirmations des répondants à l'échelle d'évaluation du potentiel suicidaire. Font partie du groupe "idéation", les

jeunes ayant fait mention de la présence d'idéations suicidaires telles que décrites ci-haut. Le groupe "planification" est constitué par les sujet ayant affirmé avoir élaboré des moyens précis et dangereux de suicide. Enfin, le groupe "tentative" englobe les adolescents ayant des antécédents suicidaires, c'est-à-dire ayant tenté à une ou plusieurs reprises de se suicider.

Le tableau 2 présente la répartition des sujets en fonction du sexe, de l'âge et des tendances suicidaires. L'échantillon de la présente étude est constitué de sujets provenant d'une banque de données (Pronovost et al., 1989). Il se compose de 434 adolescent(e)s dont 325 présentant des tendances suicidaires. Ces derniers ont été retenus en fonction des critères suivants: le potentiel suicidaire ne laisse aucun doute et l'échelle de dépression a été entièrement complétée. De plus, les trois sous-groupes expérimentaux ont été rééquilibrés quant au nombre de sujets composant chacun des sous-groupes et ce, en respectant le ratio fille: garçon, ainsi que la proportion d'adolescent(e)s par catégorie d'âge. Par la suite, un groupe contrôle constitué d'adolescents ne présentant pas de tendances suicidaires a été formé au moment de l'évaluation, par jumelage en fonction du sexe et de l'âge. Il est à noter que les adolescents du groupe contrôle proviennent des mêmes milieux scolaires que les adolescents suicidaires. La distribution des



Tableau 2

Distribution des sujets en fonction du sexe,  
de l'âge et des tendances suicidaires.

Tendances suicidaires	Sexe	N	%	Age moyen
Idéation	F	64	14,7	14,3
	G	42	9,7	14,8
	T	106	24,4	14,6
Planification	F	68	15,4	14,6
	G	59	13,9	14,7
	T	127	29,3	14,7
Tentative	F	62	14,3	15,1
	G	30	6,9	14,8
	T	92	21,2	14,9
Contrôle	F	64	14,7	14,7
	G	45	10,4	14,8
	T	109	25,1	14,7

sujets selon les quatre groupes d'étude se lit comme suit: 1- idéation (n=106; %=24,4); 2- planification (n=127; %=29,3); 3- tentative (n=92; %=21,2); 4- contrôle (n=109; %=25,1).

## Chapitre III

### Analyse des résultats

La présentation des résultats renferme une analyse globale des résultats ainsi que des différences observées entre les groupes et ce, pour le test CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977). De plus, à titre exploratoire, une analyse item par item a été effectuée afin de cerner le profil caractéristique de chaque groupe.

### Méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyse utilisées consistent en des analyses de variance à un facteur ainsi qu'à deux facteurs visant à déterminer l'existence de différences significatives entre les groupes expérimentaux et contrôle au test CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977). Ces analyses sont par la suite complétées, lorsque nécessaire, par des tests de Scheffé afin de préciser l'origine des différences pour chaque groupe et pour chaque énoncé de l'échelle de dépression. Une discussion portant sur l'interprétation de ces résultats termine le présent chapitre.

## Résultats

### Présence d'un état dépressif

La présence d'un état dépressif actuel est observée chez un nombre plus élevé d'adolescents à tendances suicidaires, soit 65,5%, comparativement à 17,4% des jeunes non suicidaires. Comme le démontre le tableau 3, le pourcentage d'adolescents présentant un état dépressif actuel s'élève en fonction de la gravité des tendances suicidaires.

Tableau 3

Pourcentage des adolescents présentant un état dépressif  
selon le sexe et la gravité des tendances suicidaires.

Sexe	idéation (N=106)		planification (N=127)		tentative (N=92)		contrôle (N=109)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Filles	37	34,9	45	35,4	51	54,4	17	15,6
Garçons	21	19,8	39	30,7	20	21,7	2	1,8
Total	58	54,7	84	66,1	71	77,2	19	17,4

Pourcentages calculés à partir du nombre total de sujets de chaque groupe.

Parmi les sujets ayant entretenu des idéations suicidaires, 54,7% présentent un état dépressif; ce taux passe à 66,1% pour les jeunes qui ont planifié des moyens alors que 77,2% des adolescents ayant tenté de se suicider rapportent un état dépressif actuel. De plus, les filles présentant un état dépressif sont plus nombreuses que les garçons. Cette observation s'applique pour tous les groupes.

Relation entre le niveau de symptomatologie dépressive et la présence ou l'absence de tendances suicidaires.

Le tableau 4 rapporte les moyennes et les écarts-type des résultats obtenus au test CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977) par les adolescents à tendances suicidaires et ceux ne présentant pas de telles tendances. Comme le démontre ce

Tableau 4

Résultats obtenus à la CES-D Scale et comparaison des résultats des adolescents suicidaires et des adolescents non suicidaires.

Groupes	Moyennes	Ecarts-type	t	d.l.	p
Suicidaires	25,51	12,60	12,82	323	0,000
Non suicidaires	12,82	7,32			

tableau, les jeunes suicidaires obtiennent des moyennes nettement plus élevées, soit près du double, que les adolescents non suicidaires. De plus, les résultats de l'analyse de variance (tableau 4) indiquent que le niveau de symptomatologie dépressive est significativement plus élevé chez les adolescents à tendances suicidaires comparativement aux non suicidaires.

L'analyse des items de la CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977), rapportée au tableau 5, révèle sensiblement la même tendance que l'analyse des résultats obtenus pour l'ensemble du test par les adolescents à tendances suicidaires et les adolescents non suicidaires. De façon générale, les jeunes suicidaires obtiennent des moyennes supérieures à celles des jeunes non suicidaires, et ce pour tous les items de l'échelle.

Les énoncés de l'échelle qui obtiennent les moyennes les plus élevées de la part des adolescents suicidaires sont les suivants:

- 4- "Je me sentais aussi bon(ne) que les autres". (item inversé)
- 5- "J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que j'étais en train de faire".
- 6- "Je me sentais déprimé(e)".
- 8- "Je me sentais confiant(e) à propos du futur". (item inversé)
- 16- "Je prenais plaisir à la vie". (item inversé)

Il est à noter que trois de ces énoncés (4,8,16) réfèrent aux affects positifs, alors des résultats élevés à ces items révèlent un niveau faible d'affect positif. Deux de ces items inversés (4,8) semblent avoir causé des problèmes de compréhension, ce qui expliquerait que les deux groupes ont obtenu des résultats quasi équivalents. Le fait que la moyenne de ces deux énoncés (4,8) soit élevée et ce, indépendamment des sous-groupes, amène des questions concernant la

Tableau 5

Moyennes et écarts-types des résultats obtenus à chacun des items de la CES-D Scale pour le groupe suicidaire et le groupe non suicidaire.

Items abrégés	Groupes			
	Suicidaires		Non Suicidaires	
	Moy.	E-T	Moy.	E-T
1. Tracassé par des choses	1,16	1,03	0,50	0,72
2. Pas envie de manger	0,95	1,03	0,40	0,61
3. Incapable de sortir de mes idées noires	1,26	1,10	0,40	0,71
4. Aussi bon que les autres	1,80	1,10	1,50	1,10
5. Difficulté à me concentrer	1,48	0,93	0,92	0,85
6. Je me sentais déprimé	1,54	1,00	0,62	0,82
7. Tout ce que je fais me demande un effort.	1,33	0,97	0,93	0,77
8. Confiant à propos du futur	1,63	1,08	1,39	1,13
9. Ma vie était un échec	1,11	1,10	0,26	0,55
10. Anxieux ou inquiet	1,39	0,97	0,65	0,67
11. Sommeil agité	1,35	1,15	0,73	0,93
12. J'étais heureux	1,26	1,02	0,50	0,74
13. Parlais moins que d'habitude	1,05	0,94	0,76	0,82
14. Je me sentais seul	1,36	1,06	0,61	0,84
15. Les gens n'étaient pas sympathiques	0,75	0,89	0,34	0,58
16. Je prenais plaisir à la vie	1,48	1,08	0,49	0,75
17. Période où je pleurais	1,04	1,08	0,40	0,60
18. Je me sentais triste	1,35	1,00	0,61	0,65
19. Les gens ne m'aimaient pas	1,13	1,05	0,43	0,64
20. Je n'arrivais pas à me mettre en marche.	1,13	0,95	0,41	0,67

qualité de discrimination de ces items. Enfin, ces résultats peuvent être le reflet d'une préoccupation commune à tous les adolescents, sans égard à la variable tendances suicidaires.

La comparaison des moyennes obtenus à chacun des items de l'échelle (tableau 5) révèle que les adolescents suicidaires obtiennent des résultats significativement supérieurs à ceux des adolescents non suicidaires et ce, pour tous les énoncés. La majorité des items, soit 17 d'entre eux, présentent des différences hautement significatives ( $p < 0,001$ ). Par contre, trois des 20 énoncés de l'échelle de dépression différencient moins bien les adolescents suicidaires des non suicidaires. Il s'agit des items "Je me sentais aussi bon(ne) que les autres" et "Il m'a semblé que je parlais moins que d'habitude" ( $p < 0,01$ ), ainsi que l'item "Je me sentais confiant(e) à propos du futur" ( $p < 0,05$ ).

#### Relation entre le niveau de symptomatologie dépressive et la gravité des tendances suicidaires.

Comme l'indique le tableau 6, les résultats moyens de symptomatologie dépressive augmentent en fonction de la gravité des tendances suicidaires présentées. L'analyse de variance démontre, quant à elle, qu'il existe des différences significatives ( $F=40,87$ ;  $p < 0,05$ ) entre les groupes expérimentaux et le



groupe contrôle. Le test de Scheffé révèle également des différences significatives entre le groupe tentative et les groupes idéation ainsi que planification. Cependant, aucune différence significative n'est observée entre les adolescents qui entretiennent des idéations suicidaires et ceux ayant planifié des moyens précis et dangereux de suicide.

Tableau 6  
Moyennes et écart-types des résultats obtenus à la  
CES-D Scale pour chacun des groupes.

Groupes	Moyennes	Ecart-types
Contrôle	12,82	7,32
Idéation	22,77	12,42
Planification	24,78	11,45
Tentative	29,69	13,38

Comme pour les moyennes obtenues à l'ensemble de l'échelle, les résultats à chacun des items (tableau 7) suivent une courbe ascendante selon la gravité des tendances suicidaires et ce, pour 16 des 20 énoncés de l'échelle de dépression. Les items suivants font exception: "Je me sentais aussi bon(ne) que les autres", "J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que j'étais en train de faire", "Je pensais que ma vie était un échec", "Il y avait des périodes où je pleurais". Dans le cas de ces quatre énoncés, l'ascendance n'est pas présente entre le groupe idéation et le groupe planification. L'observation des résultats obtenus révèle que

les idéatifs obtiennent, soit un score égal (item 4), soit des scores plus élevés (items 5,9,17) que les adolescents du groupe planification.

Comme l'indique le tableau 7, des différences significatives (Scheffé  $p < 0,05$ ) sont notées à la plupart des items, soit 14 sur 20, entre les moyennes obtenues par les adolescents des trois groupes de tendances suicidaires et celles obtenues par les jeunes du groupe contrôle. Parmi les six énoncés (4, 7, 8, 11, 13, 15) ne différenciant pas les groupes de suicidaires et le groupe des non suicidaires, trois items distinguent significativement les groupes planification ainsi que tentative et le groupe des non suicidaires. Il s'agit des énoncés suivants:

7- "J'avais l'impression que tout ce que je faisais me demandait un effort".

11- "Mon sommeil était agité".

15- "Les gens n'étaient pas sympathiques".

Une différence significative est observée entre le groupe planification et le groupe des non suicidaires à l'item "Il m'a semblé que je parlais moins que d'habitude" (13). De plus, l'énoncé "Je sentais que j'étais aussi bon(ne) que les autres" (4) différencie de façon significative (Scheffé  $p < 0,05$ ) le groupe tentative et le groupe des non suicidaires. Enfin, l'item 8, "Je me sentais confiant(e) à propos du futur", ne distingue aucun des groupes.

Tableau 7  
Résultats obtenus à chacun des items de la CES-D Scale  
et comparaison des résultats en fonction de  
la gravité des tendances suicidaires.

Items abrégés	Groupes							
	Contrôle		Idéation		Planification		Tentative	
	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.	Moy.	E.-T.
1. Tracassé par des choses 1	0,50	0,72	1,09	0,99	1,11	1,05	1,32	1,04
2. Pas envie de manger. 1	0,40	0,61	0,89	1,00	0,95	1,02	1,03	1,09
3. Incapable de me sortir de mes idées noires 1,5	0,40	0,71	0,98	1,01	1,28	1,08	1,54	1,14
4. Aussi bon que les autres 4	1,50	1,10	1,70	1,09	1,70	1,12	2,04	1,08
5. Difficulté à me concentrer 1	0,92	0,85	1,43	0,95	1,40	0,84	1,63	1,02
6. Je me sentais déprimé 1,5,6	0,62	0,82	1,41	1,08	1,44	0,91	1,84	1,00
7. Tout ce que je fais me demande un effort 2,5	0,93	0,77	1,17	0,92	1,30	0,91	1,54	1,07
8. Confiant à propos du futur	1,39	1,13	1,53	1,14	1,62	0,98	1,74	1,16
9. Ma vie était un échec 1,5,6	0,26	0,55	1,00	1,03	0,91	1,02	1,49	1,18
10. Anxieux ou inquiet 1	0,65	0,67	1,24	0,93	1,41	0,98	1,52	1,00
11. Sommeil agité 2,5	0,73	0,93	1,12	1,03	1,36	1,13	1,58	1,28
12. J'étais heureux 1	0,50	0,74	1,09	1,00	1,28	1,01	1,44	1,04
13. Parlais moins que d'habitude 3	0,76	0,82	0,92	0,94	1,10	0,89	1,12	1,02
14. Je me sentais seul 1	0,61	0,84	1,19	1,04	1,35	1,02	1,57	1,11
15. Les gens n'étaient pas sympathiques 2,5	0,34	0,58	0,59	0,80	0,74	0,90	0,94	0,94
16. Je prenais plaisir à la vie 1	0,49	0,75	1,37	1,13	1,42	1,04	1,71	1,04
17. Périodes où je pleurais 1	0,40	0,60	0,95	1,01	0,94	1,04	1,28	1,18
18. Je me sentais triste 1,5	0,61	0,65	1,17	1,00	1,30	0,89	1,63	1,10
19. Les gens ne m'aimaient pas 1,5	0,43	0,64	0,93	1,01	1,08	0,96	1,44	1,15
20. Je n'arrivais pas à me mettre en marche 1	0,41	0,67	1,03	0,95	1,10	0,92	1,30	0,97

1. Les groupes idéation, planification et tentative sont différents du groupe des non suicidaires: Test de Scheffé ( $p<0,05$ ).

2. Les groupes planification et tentative sont différents du groupe des non suicidaires: Test de Scheffé ( $p<0,05$ ).

3. Le groupe planification est différent du groupe des non suicidaires: Test de Scheffé ( $p<0,05$ ).

4. Le groupe tentative est différent du groupe des non suicidaires: Test de Scheffé ( $p<0,05$ ).

5. Le groupe tentative est différent du groupe idéation: Test de Scheffé ( $p<0,05$ ).

6. Le groupe tentative est différent du groupe planification: Test de Scheffé ( $p<0,05$ ).

Des différences sont également observées entre les adolescents des différentes catégories de tendances suicidaires. Les jeunes du groupe tentative obtiennent des moyennes significativement plus élevées que celles des jeunes au stade de la planification pour deux énoncés de l'échelle:

6- "Je me sentais déprimé(e)".

9- "Je pensais que ma vie était un échec".

Les adolescents ayant tenté de se suicider diffèrent également de façon significative (Scheffé  $p < 0,05$ ) des adolescents au stade des idéations pour huit items. Parmi ceux-ci, deux sont les mêmes que cités ci-dessus. Les six items supplémentaires sont les suivants:

3- "Je sentais que je n'étais pas capable de sortir de mes idées noires, même avec l'aide de ma famille ou de mes amis".

7- "J'avais l'impression que tout ce que je faisais me demandait un effort".

11- "Mon sommeil était agité".

15- "Les gens n'étaient pas sympathiques".

18- "Je me sentais triste".

19- "Je sentais que les gens ne m'aimaient pas".

Enfin, il est à noter qu'aucune différence significative n'est observée entre les moyennes obtenues par les adolescents au stade des idéations et celles des adolescents au stade de la planification.

### Relation entre le niveau de symptomatologie dépressive et la présence ou l'absence de tendances suicidaires selon le sexe

#### A) Comparaison entre les filles et les garçons à tendances suicidaires

Les filles présentant des tendances suicidaires obtiennent des moyennes significativement supérieures à celles des garçons suicidaires. Ces résultats sont rapportés au tableau 8. De plus, les adolescentes à tendances suicidaires présentent des moyennes significativement plus élevées à celles des garçons de ce même groupe pour huit énoncés de l'échelle de dépression (tableau 9):

- 1- "J'étais tracassé(e) par des choses qui habituellement ne me tracassent pas."
- 2- "Je n'avais pas envie de manger, je n'avais pas d'appétit."
- 5- "J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que j'étais en train de faire."
- 6- "Je me sentais déprimé(e)."
- 10- "J'étais anxieux(se) ou inquiet(e)."
- 11- "Mon sommeil était agité."
- 17- "Il y avait des périodes où je pleurais."
- 18- "Je me sentais triste."

Tableau 8

Résultats obtenus à la CES-D Scale et comparaison  
des résultats des adolescents suicidaires  
selon le sexe.

Sexe	Moy.	E-T	t	d.l.	p
Filles	26,97	12,62	2,55	323	0,011
Garçons	23,36	12,32			

Aucun énoncé ne distingue significativement les garçons suicidaires des filles suicidaires.

#### B) Comparaison entre les filles et les garçons non suicidaires

Comme l'indique le tableau 10, les filles non suicidaires obtiennent des résultats moyens significativement plus élevés que les garçons non suicidaires. Des différences significatives sont également observées sur huit énoncés de l'échelle de dépression (tableau 11):

2- "Je n'avais pas envie de manger, je n'avais pas d'appétit."

3- "Je sentais que je n'étais pas capable de me sortir de mes idées noires , même avec l'aide de ma famille ou de mes amis."

4- "Je sentais que j'étais aussi bon(ne) que les autres."

Tableau 9

Résultats obtenus à chacun des items de la CES-D Scale et  
comparaison des résultats des adolescents  
suicidaires selon le sexe.

Items abrégés	Sexe				t	d.l.	p
	Filles		Garçons				
	Moy.	E-T	Moy.	E-T			
1. Tracassé par des choses	1,27	1,04	1,00	0,99	2,36	322	0,019
2. Pas envie de manger	1,21	1,10	0,57	0,79	6,19	322	0,000
3. Incapable de sortir de mes idées noires	1,35	1,11	1,13	1,08	1,74	323	0,082
4. Aussi bon que les autres	1,81	1,10	1,77	1,12	0,35	323	0,728
5. Difficulté à me concentrer	1,56	0,93	1,35	0,92	2,01	323	0,045
6. Je me sentais déprimé	1,66	0,94	1,37	1,07	2,61	323	0,010
7. Tout ce que je fais me demande un effort	1,38	0,98	1,25	0,96	1,13	323	0,258
8. Confiant à propos du futur	1,64	1,10	1,60	1,07	0,29	323	0,769
9. Ma vie était un échec	1,09	1,12	1,13	1,07	0,34	323	0,735
10. Anxieux ou inquiet	1,51	0,98	1,20	0,94	2,86	323	0,004
11. Sommeil agité	1,50	1,15	1,12	1,11	3,00	323	0,003
12. J'étais heureux	1,24	1,05	1,29	0,99	0,46	323	0,647
13. Parlais moins que d'habitude	1,07	1,01	1,01	0,84	0,50	309	0,616
14. Je me sentais seul	1,41	1,06	1,28	1,07	1,08	323	0,280
15. Les gens n'étaient pas sympathiques	0,69	0,87	0,83	0,91	1,46	323	0,145
16. Je prenais plaisir à la vie	1,48	1,09	1,49	1,07	0,08	323	0,940
17. Période où je pleurais	1,31	1,08	0,63	0,94	5,87	323	0,000
18. Je me sentais triste	1,49	0,96	1,15	1,02	3,09	323	0,002
19. Les gens ne m'aimaient pas	1,21	1,08	1,02	0,99	1,61	323	0,108
20. Je n'arrivais pas à me mettre en marche	1,10	0,95	1,18	0,95	0,79	323	0,427

Tableau 10  
 Résultats obtenus à la CES-D Scale et comparaison des résultats  
 des adolescents non suicidaires  
 selon le sexe.

Sexe	Moy.	E-T	t	d.l.	p
Filles	14,61	8,23	3,46	104	0,001
Garçons	10,27	4,83			

10- "J'étais anxieux(se) ou inquiet(e)."

11- "Mon sommeil était agité."

17- "Il y avait des périodes où je pleurais."

18- "Je me sentais triste."

19- "Je sentais que les gens ne m'aimaient pas."

Comme dans le cas des suicidaires, les garçons non suicidaires n'obtiennent aucun résultat moyen significativement supérieur à ceux des filles de leur groupe.



Tableau 11

Résultats obtenus à chacun des items de la CES-D Scale et  
comparaison des résultats des adolescents  
non suicidaires selon le sexe.

Items abrégés	Sexe				t	d.l.	p
	Filles Moy.	E-T	Garçons Moy.	E-T			
1. Tracassé par des choses	0,58	0,73	0,38	0,68	1,45	107	0,151
2. Pas envie de manger	0,53	0,67	0,20	0,46	3,08	107	0,003
3. Incapable de sortir de mes idées noires	0,55	0,78	0,20	0,46	2,74	107	0,007
4. Aussi bon que les autres	1,73	1,01	1,16	1,15	2,78	107	0,006
5. Difficulté à me concentrer	0,98	0,92	0,82	0,75	0,98	107	0,330
6. Je me sentais déprimé	0,73	0,88	0,46	0,70	1,77	106	0,080
7. Tout ce que je fais me demande un effort	0,86	0,77	1,02	0,75	1,09	107	0,277
8. Confiant à propos du futur	1,53	1,08	1,18	1,17	1,62	107	0,108
9. Ma vie était un échec	0,31	0,61	0,18	0,44	1,33	107	0,186
10. Anxieux ou inquiet	0,78	0,70	0,47	0,59	2,46	107	0,015
11. Sommeil agité	0,91	1,05	0,49	0,66	2,54	106	0,012
12. J'étais heureux	0,52	0,71	0,47	0,79	0,34	107	0,736
13. Parlais moins que d'habitude	0,78	0,85	0,73	0,78	0,30	107	0,764
14. Je me sentais seul	0,63	0,83	0,58	0,87	0,29	107	0,774
15. Les gens n'étaient pas	0,28	0,49	0,42	0,69	1,18	74	0,242
16. Je prenais plaisir à la vie	0,56	0,79	0,38	0,68	1,26	107	0,209
17. Période où je pleurais	0,61	0,66	0,11	0,32	5,25	97	0,000
18. Je me sentais triste	0,77	0,71	0,38	0,49	3,38	107	0,001
19. Les gens ne m'aimaient	0,53	0,71	0,29	0,51	2,08	107	0,040
20. Je n'arrivais pas à me mettre en marche	0,44	0,71	0,38	0,61	0,48	107	0,649

Relation entre le niveau de symptomatologie dépressive et la présence ou l'absence de tendances suicidaires selon l'âge.

Afin de vérifier l'existence de différences significatives en fonction de l'âge des répondants, les adolescents ont été divisés selon deux groupes d'âge: soit les adolescents âgés entre 12 et 14 ans et ceux dont l'âge varie entre 15 et 18 ans.

Cette comparaison ne révèle aucune différence significative en ce qui a trait au niveau de symptomatologie dépressive (tableau 12) pour les suicidaires.

Tableau 12

Résultats obtenus à la CES-D Scale et comparaison des résultats des adolescents suicidaires selon l'âge.

Age	Moy.	E-T	t	d.l.	p
12-14 ans	26,08	12,88	0,73	323	0,467
15-18 ans	25,05	12,39			

Comme l'indique le tableau 13, l'analyse de l'échelle de dépression, item par item, indique que, contrairement à ce qui était attendu, les scores moyens des jeunes adolescents suicidaires sont, pour la majorité des énoncés (13/20), supérieurs à ceux des adolescents suicidaires plus âgés. Ces différences ne sont

Tableau 13

Résultats obtenus à chacun des items de la CES-D Scale et  
comparaison des résultats des adolescents  
suicidaires selon l'âge

Items abrégés	Age				t	d.l.	p
	12-14 ans		15-18 ans				
	Moy.	E-T	Moy.	E-T			
1. Tracassé par des choses	1,12	1,05	1,20	1,01	0,66	322	0,512
2. Pas envie de manger	0,92	1,07	0,98	1,00	0,51	323	0,608
3. Incapable de sortir de mes idées noires	1,21	1,11	1,30	1,09	0,71	323	0,478
4. Aussi bon que les autres	1,88	1,11	1,73	1,10	1,20	323	0,232
5. Difficulté à me concentrer	1,52	0,98	1,44	0,90	0,70	323	0,482
6. Je me sentais déprimé	1,58	1,01	1,51	1,00	0,60	323	0,550
7. Tout ce que je fais me demande un effort	1,33	1,03	1,32	0,92	0,12	323	0,904
8. Confiant à propos du futur	1,71	1,09	1,56	1,08	1,25	323	0,211
9. Ma vie était un échec	1,20	1,12	1,02	1,07	1,49	323	0,138
10. Anxieux ou inquiet	1,38	1,06	1,39	0,90	0,06	287	0,952
11. Sommeil agité	1,30	1,18	1,38	1,13	0,64	323	0,520
12. J'étais heureux	1,27	1,04	1,25	1,01	0,22	323	0,827
13. Parlais moins que d'habitude	1,03	1,00	1,06	0,90	0,33	323	0,743
14. Je me sentais seul	1,41	1,05	1,32	1,08	0,74	323	0,458
15. Les gens n'étaient pas sympathiques	0,80	0,96	0,70	0,83	0,95	323	0,345
16. Je prenais plaisir à la vie	1,52	1,09	1,45	1,07	0,62	323	0,537
17. Période où je pleurais	1,14	1,09	0,96	1,07	1,57	323	0,118
18. Je me sentais triste	1,37	1,05	1,34	0,96	0,27	323	0,786
19. Les gens ne m'aimaient pas	1,27	1,04	1,01	1,05	2,14	323	0,033
20. Je n'arrivais pas à me mettre en marche	1,12	0,98	1,14	0,93	0,17	323	0,865

significatives que pour l'énoncé "Je sentais que les gens ne m'aimaient pas" (19).

Le tableau 14 indique l'absence de différence significative entre les moyennes obtenues par les adolescents non suicidaires comparativement à celles des plus jeunes de ce même groupe.

Tableau 14

Résultats obtenus à la CES-D Scale et comparaison  
des résultats des adolescents non suicidaires  
selon l'âge.

Age	Moy.	E-T	t	d.l.	p
12-14 ans	11,39	6,48	1,86	107	0,060
15-18 ans	13,98	7,81			

Concernant le groupe des non suicidaires, les adolescents plus âgés obtiennent des moyennes supérieures à celles des plus jeunes et ce, pour la majorité des énoncés de l'échelle de dépression. Cependant, des différences significatives sont notées seulement pour les quatre items suivants (tableau 15):

- 1- "J'étais tracassé(e) par des choses qui habituellement ne me tracassent pas."
- 7- "J'avais l'impression que tout ce que je faisais me demandait un effort."
- 13- "Il m'a semblé que je parlais moins que d'habitude."
- 18- "Je me sentais triste."

Tableau 15  
 Résultats obtenus à chacun des items de la CES-D Scale et  
 comparaison des résultats des adolescents  
 non suicidaires selon l'âge.

Items abrégés	Age				t	d.l.	p
	12-14 ans		15-18 ans				
	Moy.	E-T	Moy.	E-T			
1. Tracassé par des choses	0,35	0,66	0,62	0,74	1,99	107	0,050
2. Pas envie de manger	0,39	0,57	0,40	0,64	0,10	107	0,917
3. Incapable de sortir de mes idées noires	0,29	0,61	0,50	0,77	1,58	107	0,117
4. Aussi bon que les autres	1,55	1,14	1,45	1,08	0,47	107	0,636
5. Difficulté à me concentrer	0,84	0,83	0,98	0,87	0,89	107	0,374
6. Je me sentais déprimé	0,53	0,79	0,70	0,84	1,04	106	0,300
7. Tout ce que je fais me demande un effort	0,76	0,75	1,07	0,76	2,15	107	0,034
8. Confiant à propos du futur	1,45	1,14	1,33	1,13	0,53	107	0,597
9. Ma vie était un échec	0,16	0,37	0,33	0,66	1,70	97	0,092
10. Anxieux ou inquiet	0,59	0,61	0,70	0,72	0,83	107	0,406
11. Sommeil agité	0,69	0,98	0,77	0,89	0,41	107	0,686
12. J'étais heureux	0,43	0,76	0,55	0,72	0,85	107	0,397
13. Parlais moins que d'habitude	0,55	0,71	0,93	0,86	2,49	107	0,014
14. Je me sentais seul	0,49	0,71	0,70	0,93	1,31	107	0,195
15. Les gens n'étaient pas sympathiques	0,29	0,50	0,38	0,64	0,87	107	0,385
16. Je prenais plaisir à la vie	0,41	0,73	0,55	0,77	0,98	107	0,330
17. Période où je pleurais	0,37	0,53	0,43	0,65	0,57	107	0,567
18. Je me sentais triste	0,47	0,58	0,72	0,69	1,99	107	0,049
19. Les gens ne m'aimaient pas	0,43	0,71	0,43	0,59	0,04	107	0,970
20. Je n'arrivais pas à me mettre en marche	0,37	0,73	0,45	0,62	0,64	107	0,524

Relation entre le niveau de désespoir et la présence ou l'absence de tendances suicidaires.

Comme l'indique le tableau 16, les adolescents à tendances suicidaires obtiennent des résultats de désespoir significativement plus élevés que ceux des adolescents ne présentant pas de telles tendances. Afin d'évaluer le niveau de

Tableau 16

Résultats obtenus à la variable désespoir et comparaison des résultats des adolescents suicidaires et des adolescents non suicidaires.

Groupes	Moyennes	Ecart-type	t	d.l.	p
Suicidaires	5,47	3,11	11,64	304	0,000
Non suicidaires	2,53	1,92			

désespoir, quatre énoncés ont été extraits de l'échelle CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977). Ces items s'apparentent à ceux de l'échelle de désespoir de Beck et al.(1974). Il s'agit des énoncés suivants: "Je n'étais pas capable de sortir de mes idées noires même avec l'aide de ma famille ou de mes amis"(3), "Je me sentais confiant à propos du futur"(8), "Je pensais que ma vie était un échec"(9) et "Je prenais plaisir à la vie"(16).

Relation entre le niveau de désespoir et la gravité des tendances suicidaires.

La comparaison des moyennes des différents groupes d'adolescents (tableau 17) révèle que le niveau de désespoir s'élève en fonction de la gravité des tendances suicidaires. L'analyse de variance indique la présence de différen-

Tableau 17

Moyennes et écarts-type des résultats de désespoir obtenus par chacun des groupes.

Groupes	Moyennes	Ecarts-type
Contrôle	2,53	3,05
Idéation	4,88	2,84
Planification	5,24	3,34
Tentative	6,48	1,92

ces significatives ( $F=35,48$ ;  $p<0,05$ ) entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle. Le test de Scheffé démontre également qu'il existe des différences significatives ( $p<0,05$ ) entre le groupe tentative et le groupe idéation ainsi que le groupe tentative avec le groupe planification. Il est à noter qu'il n'y a aucune différence significative entre les adolescents au stade des idéations et ceux au stade de la planification.

### Discussion des résultats.

Les résultats globaux au test CES-D Dysphoria Scale (Radloff, 1977) permettent d'observer des différences qui existent entre les adolescents à tendances suicidaires et les adolescents non suicidaires. En effet, les jeunes suicidaires obtiennent des moyennes nettement plus élevées que les adolescents non suicidaires. Le nombre d'adolescents vivant un état dépressif actuel est également plus élevé chez les suicidaires que chez les non suicidaires.

La première hypothèse voulait que le niveau de symptomatologie dépressive distingue significativement les adolescents à tendances suicidaires des non suicidaires, et augmente en fonction de la gravité des tendances suicidaires. Les résultats présentés précédemment démontrent que cette hypothèse est confirmée. Par contre, des réserves sont émises pour les résultats obtenus aux items 4 et 8, "Je me sentais aussi bon(ne) que les autres" et "Je me sentais confiant(e) à propos du futur", lesquels sont des items inversés. L'item 4 peut revêtir une connotation péjorative pour les adolescents. Se sentir aussi bon que les autres signifie, pour plusieurs d'entre eux, se penser supérieur aux autres. En ce qui concerne l'item 8, des réserves sont émises quant à la compréhension qu'en ont eu les sujets évalués, et plus particulièrement les jeunes adolescents. En effet, le concept semble plus abstrait que celui des autres items inversés et encore plus difficile étant donné que le mode de réponse est inversé. Il est à noter que



plusieurs sujets répondent à cet item de la même façon qu'aux autres énoncés, ce qui peut expliquer que les moyennes, tant pour les suicidaires que pour les non suicidaires, soient élevées. De plus, il est possible de s'interroger sur le pouvoir discriminant de ces deux énoncés (4,8). Enfin, le fait de se sentir aussi bon que les autres et la confiance envers l'avenir peuvent représenter des préoccupations communes à tous les adolescents et ce, indépendamment des tendances suicidaires.

Il est intéressant de constater qu'aucune différence significative n'est observée entre les adolescents qui entretiennent des idéations et ceux qui ont planifié des moyens précis et dangereux de suicide, alors que ces deux groupes de sujets se distinguent de façon significative de ceux qui ont fait une tentative de suicide. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Ladame (1981) qui a observé qu'il existe des différences entre les adolescents qui pensent au suicide et ceux qui passent à l'acte. L'absence de différence significative entre ces deux groupes peut également être imputable à un manque de discrimination du test utilisé.

La comparaison des adolescents suicidaires et des adolescents non suicidaires révèle qu'ils se profilent différemment en ce qui a trait à la symptomatologie dépressive. Les symptômes qui distinguent le mieux les adolescents suicidaires réfèrent à l'optimisme (item 5) , le plaisir de vivre (item 16),

le ralentissement intellectuel (item 5) et le sentiment de dépression (item 6). Le vécu de ces jeunes est touché principalement au niveau affectif, et les répercussions se retrouvent également au niveau cognitif. Ces observations rejoignent celles de certains auteurs quant à la difficulté à se concentrer (Greuling et DeBlassie, 1987; Ladame, 1981; American Psychiatric Association, 1989), ainsi que pour l'humeur dépressive et la diminution du plaisir (American Psychiatric Association, 1989).

La comparaison des trois sous-groupes de suicidaires révèle la même tendance que pour les suicidaires en général. Le vécu affectif est principalement touché. Le sentiment de dépression (item 6) est rapporté par les adolescents des différentes catégories de suicidaires mais, de façon plus importante, par les jeunes ayant tenté de se suicider. Ce dernier groupe se démarque également des deux autres par sa vision pessimiste de la vie (item 9). Les adolescents du groupe tentative se distingue donc des autres suicidaires au niveau des éléments de dépression et de désespoir. De plus, la comparaison des idéatifs et des adolescents ayant déjà fait une tentative de suicide révèle que ces derniers se démarquent par la nature de leur pensée (item 3), la qualité de leur sommeil (item 11), le sentiment de tristesse (item 18) et la perception qu'ils ont de leurs relations interpersonnelles (items 15 et 19). A cet effet, Hanigan (1987 A) rapporte que les suicidaires ne sont pas isolés socialement, mais qu'ils ont une mauvaise perception de l'aide reçue de l'entourage.

Enfin, l'estime de soi (item 4) des adolescents du groupe tentative semble être plus affaiblie que celle des autres adolescents. Plusieurs auteurs mentionnent que l'adolescent suicidaire a une faible estime de lui-même (Cloutier et Renaud, 1980; Corbeil, 1984; Davis, 1983; Neiger et Hopkins, 1988).

La seconde hypothèse est également confirmée. Cette dernière faisait référence à un niveau de symptomatologie dépressive plus élevé chez les filles que chez les garçons et ce, tant pour les suicidaires que pour les non suicidaires. Les résultats obtenus démontrent que les différences ne sont pas liées à la variable suicide mais, plutôt à la variable sexe. Que les tendances suicidaires soient présentes ou non, les moyennes obtenues par les filles sont significativement plus élevées que celles trouvées pour les garçons. Ces résultats abondent dans le même sens que ceux de Larsson et Melin (1990) qui rapportent des scores significativement plus élevés chez les filles comparativement aux garçons et ce, dans une population d'adolescents non suicidaires. Bettles et Walker (1986) notent des résultats similaires pour les suicidaires.

La comparaison des filles et des garçons, des groupes suicidaires et non suicidaires, révèle des éléments fort intéressants. En effet, on remarque des similitudes quant à la façon dont se profilent les adolescentes suicidaires et les adolescentes non suicidaires lorsqu'elles sont comparées aux garçons de leur groupe respectif. Les éléments communs aux filles de ces deux groupes sont les

suivants: les perturbations alimentaires (item 2), les troubles du sommeil (item 11), l'anxiété (item 10), la tristesse (item 18) et les pleurs (item 17). Les observations concernant les symptômes végétatifs liés à l'alimentation et au sommeil sont également rapportés par Tisher et al (1981). De façon générale, de nombreux auteurs rapportent que l'incidence de la dépression est plus grande chez les filles que chez les garçons (Bettes et Walker, 1986; Larsson et Melin, 1990; Mezzich et Mezzich, 1979). A ce sujet, Cox et Radloff (1984) soulignent que la dépression est un problème particulier aux femmes. Ces auteurs suggèrent que la cause ne peut être totalement biologique ou bien, expliquée par une exposition plus grande aux stress. Selon eux, les femmes ont appris à travers la socialisation des rôles sexuels à être plus vulnérables à la dépression. Ces mêmes auteurs apportent également une autre explication possible aux différences intersexes liées à la dépression. En effet, les hommes peuvent vivre la même détresse psychologique que les femmes mais la manifester différemment, soit par l'alcoolisme, la maladie physique ou le déni des symptômes. Les conclusions de Rothblum (1983) abondent dans le même sens.

Il est également important de considérer la construction même de l'échelle de dépression qui tend à mesurer davantage la «dépression féminine» (perturbations alimentaires, troubles du sommeil, pleurs) que masculine. En effet, il est possible qu'un biais de construction du test laisse croire que la dépression est plus importante chez les filles alors qu'on n'a pas choisi suffisamment d'items

«masculins» pour mesurer le véritable niveau de symptomatologie dépressive chez les garçons.

Néanmoins, certains éléments de l'échelle de dépression caractérisent plus particulièrement les adolescentes à tendances suicidaires. Il s'agit des préoccupations inhabituelles (item 1), des difficultés de concentration (item 5) et du sentiment de dépression (item 6). Ces observations recoupent celles faites pour les suicidaires en général.

La troisième hypothèse n'est cependant pas confirmée. Un niveau de symptomatologie dépressive plus élevé est effectivement observé chez les adolescents plus âgés (15-18 ans) comparativement aux adolescents plus jeunes (12-14 ans), mais cette différence n'est pas significative. Larsson et Melin (1990) ont, eux aussi, noté une absence de différence significative liée à l'âge des sujets évalués. Il faut également considérer qu'à l'intérieur de l'échantillon de la présente étude, l'écart d'âge est peu important.

Enfin, la dernière hypothèse est confirmée puisque l'on note un niveau de désespoir plus élevé chez les adolescents à tendances suicidaires comparativement aux adolescents non suicidaires. A cet effet, Quidu (1970) mentionne que les adolescents suicidaires sont tournés vers un passé douloureux

sans entrevoir d'espoir de changement pour l'avenir. De plus, le niveau de désespoir augmente en fonction de la gravité des tendances suicidaires. Comme c'est le cas pour la variable symptomatologie dépressive, le niveau de désespoir ne permet pas de distinguer les adolescents du groupe idéations et ceux du groupe planification. Les conclusions de l'étude de Earls (1989) indiquent que le sentiment de désespoir distingue les jeunes ayant fait une tentative de suicide de ceux qui n'en ont pas fait.

## Conclusion

Le principal objectif de cette recherche était d'étudier le vécu dépressif chez les adolescents présentant des tendances suicidaires. La présente recherche était justifiée par le fait que la relation entre le vécu dépressif et le vécu suicidaire à l'adolescence n'est pas clairement établie dans la population générale. De plus, il existe peu d'études portant sur les composantes dépressives chez les jeunes suicidaires québécois.

Un questionnaire intitulé Expérience des jeunes de niveau secondaire (Tousignant, 1983; adapté par Pronovost, 1985) a été administré à 2850 adolescents de quatre milieux scolaires de niveau secondaire de la région Centre-Mauricie. Les réponses du questionnaire ont permis de dépister et de regrouper en trois catégories les adolescents à tendances suicidaires. Le premier groupe se constituait de jeunes ayant des idéations suicidaires seulement. Le second se composait d'adolescents ayant des idéations suicidaires avec planification de moyens précis et dangereux de suicide. Et enfin, le dernier groupe englobait les jeunes ayant tenté à une ou plusieurs reprises de se suicider. Par la suite, un groupe contrôle constitué d'adolescents ne présentant pas de tendances suicidaires a été formé par jumelage en fonction du sexe et de l'âge. Les jeunes de ce dernier groupe proviennent des mêmes milieux scolaires que les jeunes suicidaires. Les comparaisons ont porté sur le score global de l'échelle de dépression. De plus, dans un but exploratoire, une analyse item par item a été



effectuée afin de cerner les principales composantes dépressives caractérisant chacun des groupes.

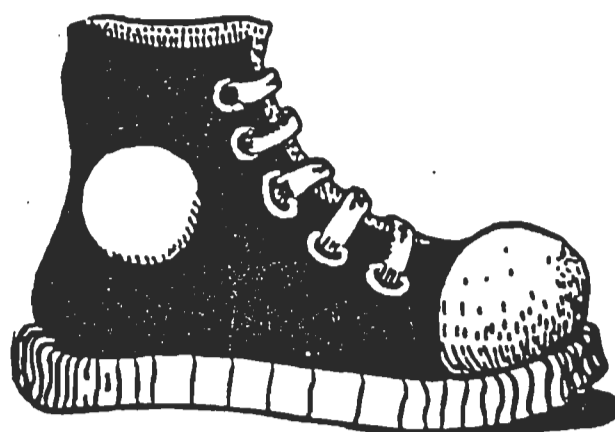
Les résultats indiquent que les adolescents à tendances suicidaires se démarquent très nettement des adolescents non suicidaires. En effet, les jeunes suicidaires présentent un niveau de symptomatologie dépressive plus élevé que les jeunes non suicidaires. De plus, le niveau de symptomatologie dépressive augmente en fonction de la gravité des tendances suicidaires. Des différences significatives liées au sexe des répondants ont été notées, tant pour les suicidaires que pour les non suicidaires. Par contre, aucune différence significative liée à l'âge n'apparaît. Enfin, les adolescents suicidaires se distinguent des non suicidaires en ce qui concerne le désespoir. Le niveau de désespoir augmente également en fonction de la gravité des tendances suicidaires.

L'analyse item par item révèle que le vécu affectif des adolescents à tendances suicidaires est principalement touché. Ils sont caractérisés par le sentiment de dépression, le pessimisme, la diminution du plaisir ainsi que le ralentissement intellectuel. La comparaison des garçons et des filles révèle une stéréotypie des résultats. Ainsi, le profil des suicidaires et des non suicidaires s'avère être comparable. Bien entendu, les jeunes à tendances suicidaires obtiennent des résultats plus élevés. Les rares études portant sur la dépression ou le suicide et traitant des différences intersexes se limitent généralement à la

distribution des taux ou aux caractéristiques comportementales. Des études comparant, par exemple, des adolescents de cultures différentes pourraient éventuellement apporter d'autres pistes d'interprétation concernant les différences intersexes. L'utilisation d'un instrument de mesure comportant davantage d'items «masculins» permettrait de préciser les différences liées au sexe.

Le test CES-D Dysphoria Scale représente un outil intéressant à utiliser avec une population adolescente. Cependant, il comporte certaines limites en ce qui concerne les seuils de mesure de l'état dépressif. Les seuils fixés par Noles et al (1985) réfèrent à une expérimentation auprès d'une population universitaire. Il serait utile d'établir ces seuils pour les adolescents. De plus, il serait souhaitable de définir davantage les seuils de mesure de l'état dépressif afin d'en délimiter l'intensité.

## Appendice



**Expérience  
des jeunes de  
niveau secondaire**

1. VOICI UNE SÉRIE DE QUESTIONS NOUS PERMETTANT DE MIEUX  
TE CONNAÎTRE...

- A. NOM: \_\_\_\_\_ ☐  
 PRÉNOM: \_\_\_\_\_ ☐  
 GROUPE/CLASSE: \_\_\_\_\_ ☐
- B. AGE: \_\_\_\_\_ ans ☐
- C. SEXE: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ ☐
- D. Quel est ton état de santé? Bon \_\_\_\_\_ Mauvais \_\_\_\_\_ ☐
- E. Souffres-tu de maladie? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐  
 Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_ ☐  
 Depuis quand? \_\_\_\_\_ ☐

Parles-nous de ta famille...

- F. Est-ce que tu habites avec: tes deux parents \_\_\_\_\_ ☐  
 ta mère seulement \_\_\_\_\_ ☐  
 ton père seulement \_\_\_\_\_ ☐  
 une famille d'accueil \_\_\_\_\_ ☐  
 autres (spécifie) \_\_\_\_\_ ☐
- G. Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_ ☐
- H. Quelle est l'occupation actuelle de tes parents?  
 Père \_\_\_\_\_ ☐  
 Mère \_\_\_\_\_ ☐
- I. Quel est le degré de scolarité?  
 Père \_\_\_\_\_ ☐  
 Mère \_\_\_\_\_ ☐

J. Combien de frères et de soeurs as-tu?

Frères \_\_\_\_\_

Soeurs \_\_\_\_\_

K. Quel est ton rang dans la famille? \_\_\_\_\_

(Tu te situes par rapport à l'aîné qui occupe le 1er rang)

L. Y a-t-il des membres de ta famille qui souffrent de certaines maladies?

Oui \_\_\_\_\_

Non \_\_\_\_\_

Si oui, qui en souffre? \_\_\_\_\_

Quelle maladie? \_\_\_\_\_

Depuis quand? \_\_\_\_\_

2. VOICI UNE SÉRIE DE QUESTIONS CONCERNANT CERTAINS ÉTATS QUE TU AS PEUT-ÊTRE RESENTIS OU CERTAINS COMPORTEMENTS QUE TU AS PU AVOIR AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE. PEUX-TU INDiquer DANS QUELLE MESURE TU AS VÉCU DE TELLES EXPÉRIENCES DURANT CETTE PÉRIODE.

rarement	quelquefois	la moitié du temps	la plupart du temps
(0-1 jour)	(1-2 jours)	(3-4 jours)	(5-7 jours)

(a) j'étais tracassé(e) par des choses qui habituellement ne me tracassent pas ☐

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_

(b) je n'avais pas envie de manger, je n'avais pas d'appétit ☐

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_

(c) je sentais que je n'étais pas capable de me sortir de mes idées noires, même avec l'aide de ma famille ou de mes amis ☐

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_

(d) je sentais que j'étais aussi bon(ne) que les autres ☐

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_

(e) j'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que j'étais en train de faire ☐

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_

(f) je me sentais déprimé(e) ☐

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_

(g) j'avais l'impression que tout ce que je faisais me demandait un effort

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(h) je me sentais confiant(e) à propos du futur

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(i) je pensais que ma vie était un échec

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(j) j'étais anxieux(se) ou inquiet(e)

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(k) mon sommeil était agité

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(l) j'étais heureux(se)

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(m) il m'a semblé que je parlais moins que d'habitude

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(n) je me sentais seul(e)

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(o) les gens n'étaient pas sympathiques

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(p) je prenais plaisir à la vie

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(q) il y avait des périodes où je pleurais

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐



(r) je me sentais triste

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(s) je sentais que les gens ne m'aimaient pas

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

(t) je n'arrivais pas à me mettre en marche

rarement \_\_\_\_\_ quelquefois \_\_\_\_\_ la moitié du temps \_\_\_\_\_ la plupart du temps \_\_\_\_\_ ☐

3. VOICI MAINTENANT QUELQUES QUESTIONS QUI CONCERNENT PLUS PRÉCISÉMENT LE THÈME DU SUICIDE. IL NOUS APPARAÎT IMPORTANT DE POSER CES QUESTIONS PARCE QUE CE PHÉNOMÈNE PREND DE PLUS EN PLUS D'AMPLEUR DANS LA VIE DES JEUNES AU QUÉBEC.

A. As-tu déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue? ☐

Jamais \_\_\_\_\_ Rarement \_\_\_\_\_ Quelquefois \_\_\_\_\_ Souvent \_\_\_\_\_

B. T'est-il arrivé de te sentir tellement découragé(e) que tu aurais voulu mourir? ☐

Jamais \_\_\_\_\_ Rarement \_\_\_\_\_ Quelquefois \_\_\_\_\_ Souvent \_\_\_\_\_

C. T'est-il arrivé de penser sérieusement à te suicider?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

Si oui, quand cela t'est-il arrivé? \_\_\_\_\_ ☐

Combien de temps cette idée t'a-t-elle habitée? \_\_\_\_\_ ☐

Était-ce relié à un événement particulier?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_ ☐

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. Si tu as déjà pensé au suicide, as-tu imaginé des plans ou des moyens pour le réaliser?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

Si oui, peux-tu nous le ou les décrire? \_\_\_\_\_ ☐

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

As-tu songé sérieusement à mettre ces plans à exécution?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

Si oui, as-tu mis ces plans à exécution?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

Si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_ ☐

Cela fait combien de temps? \_\_\_\_\_ ☐

E. As-tu déjà confié à quelqu'un que tu avais l'intention de te suicider?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

Si oui, à qui? \_\_\_\_\_ ☐

Quelle a été sa réaction? \_\_\_\_\_ ☐

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

T'est-il déjà arrivé d'avoir envie de te confier à quelqu'un sans trouver personne pour t'écouter?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ ☐

S'il t'arrivait de traverser des expériences difficiles, à qui aimerais-tu te confier?

A un ami(e) \_\_\_\_\_ ☐

A mes parents \_\_\_\_\_ ☐

Au psychologue de l'école \_\_\_\_\_ ☐

Au travailleur social \_\_\_\_\_ ☐

A un professeur \_\_\_\_\_ ☐

A l'infirmerie de l'école \_\_\_\_\_ ☐

Autres (précises) \_\_\_\_\_ ☐

NOUS TE REMERCIONS D'AVOIR COLLABORÉ À CETTE RECHERCHE.  
S'IL TE RESTE DES QUESTIONS OU SI TU VEUX ÉCHANGER SUR  
LE SUJET, N'HÉSITE PAS À NOUS CONTACTER.

### Remerciements

L'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à Madame Jocelyne Pronovost, Ph. D., professeure au Département de psychologie, à qui elle est redevable d'une assistance éclairée et constante.

## Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R). Paris: Masson.
- BARKER, M. (1983). Hôpital Ste-Justine, pédiatrie pour les adolescents 12-18 ans. Communication présentée au Colloque de l'Association pour la Santé Publique du Québec, Montréal.
- BECK, A.T., WEISSMAN, A., LESTER, D., TREXLER, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychology, 42, 861-865.
- BECK, A.T., KOVACS, M., WEISSMAN, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: an overview. JAMA, 234, 1146-1149.
- BECK, A.T., STEER, R.A., KOVACS, M., GARRISON, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American journal of psychiatry, 142, 559-563.
- BERENDZEN, R. (1985). Surviving college: teaching college students to cope. Rapport présenté au National Conference on Youth Suicide. Washington, D.C.
- BETTES, B. A., WALKER, E. (1986). Symptoms associated with suicidal behavior in childhood and adolescence. Journal of abnormal child psychology, 14, 591-604.
- BIRO, M., LAZIC, P. (1981). Pre-suicidal syndrome or non-diagnosed depressions?, in J.P. Soubrier, J. Vedrinne: Dépression et suicide (pp. 231-234). Paris: Pergamon.
- BONNER, R.L., RICH, A.R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. Suicide and life-threatening behavior, 17, 50-63.
- CADLOVSKI, G., TARNIK-MITREVA, L.J., ALIEVSIEVSKI, S. (1981). Suicidal tendencies and a masked depression, in J.P. Soubrier, J. Vedrinne: Dépression et suicide (pp. 227-230). Paris: Pergamon.
- CARLSON, G.A., CANTWELL, D.P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. American journal of psychiatry, 137, 445-449.

- CARLSON, G.A., CANTWELL, D.P. (1982) Suicidal behavior and depression in children and adolescents. Journal of the academy of child psychiatry, 21, 361-368.
- CHABROL, H. (1982). Le suicide de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 30, 579-588.
- CHABROL, H. (1984). Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris: Presses Universitaires de France.
- CHABROL, H., MORON, P. (1988). Depressive disorders in 100 adolescents who attempted suicide. American journal of psychiatry, 145, 379.
- CHARRON, M.F. (1981). Le suicide au Québec, analyse statistique. Québec: Service des études épidémiologiques du Ministère des Affaires Sociales.
- CHILES, J.A., MILLER, M.L., COX, G.B. (1980). Depression and adolescent delinquent population. Archives of general psychiatry, 37, 1179-1184.
- CLOUTIER, R., RENAUD, A. (1980). Le suicide et l'abandon scolaire à l'adolescence. Edition: Jean-Louis Plante et Clovis Théberge.
- CORBEIL, S.-C. (1984). Suicide et adolescence, in P. Morissette: Le suicide, démystification, intervention, prévention. (pp. 272-306). Québec: Garotex.
- COX, S., RADLOFF, L.S. (1984). Depression in relation to sex role: differences in learned susceptibility and precipitating factors, in C.S. Widon: Sex roles and psychopathology. (pp. 123-144). New York: Plenum Press.
- CURRAN, D.K. (1987). Adolescent suicidal behavior. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- DAVIDSON, F., CHOQUET, M. (1978). Apport de l'épidémiologie à la compréhension et la prévention du suicide de l'adolescent. Revue de neuropsychiatrie infantile, 26, 683-691.
- DAVIDSON, F., CHOQUET, M. (1982). Le suicide de l'adolescent, étude épidémiologique. Paris: Editions Sociales Françaises.
- DAVIS, P.A. (1983). Suicidal adolescents. Springfield, IL: C.C. Thomas.
- DYER, J.A.T., KREITMAN, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. British journal of psychiatry, 144, 127-133.

- EARLS, F. (1989) Studying adolescent suicidal ideation and behavior in primary care settings. Suicide and life-threatening behavior, 19, 99-107.
- EL-MELIGI, A., BONNEAU, G. (1974). Inventaire du monde expérientiel. Bruxelles: Editest.
- EMOND, A. et al. (1988). Et la santé, ça va? Tome 1, Rapport de l'enquête Santé Québec. Québec: Les Publications du Québec.
- EVANS, A.L., WILLIAMS, J.L., MCKINNON, S. (1985). The relationship of hopelessness, depression and anger to suicidal ideation in Canadian University students. Compte-rendu du XVIIIe Congres de l'American Association of Suicidology, Toronto.
- FRIEDMAN, R. C., CORN, R., HURT, S., FIBEL, B., SCHULICK, J., SWIRSKY, (1984). Family history life illness in the seriously suicidal adolescent: a life-cycle approach. American journal of orthopsychiatry, 54a, 390-397.
- FRIEDMAN, S. B., SARLES, R. M. (1980). "Out of control" behavior in adolescents. Pediatric of North America, 27, 97-107.
- FRIEDRICH, W., REAMS, R., JACOBS, J. (1982). Depression and suicidal ideation in early adolescents. Journal of youth and adolescence, 11, 403-407.
- GARFINKEL, B. D., FROESE, A., HOOD, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. American journal of psychiatry, 139, 1257-1261.
- GARFINKEL, B. D., GOLOMBEK, G. H. (1983). Suicidal behavior in adolescence, in: Garfinkel, B.D. & Golombek, G. H.: The adolescent and mood disturbance (189-217) International University Press.
- GERNSBACHER, L. M. (1985). The suicide syndrome. New York: Human Science Press.
- GILLIS, A. (1984). Early detection of the suicidal adolescent. Psychiatric nursing, October-November-December, 6-8.
- GISPERT, M., WHEELER, K., MARSH, L., DAVIS, M. S. (1985). Suicidal adolescents: factors in evaluation. Adolescence, 20, 753-762.



- GOLDBERG, E.L. (1981). Depression and suicide ideation in the young adult. American journal of psychiatry, 138, 35-40.
- GREULING, J., DEBLASSIE, R. (1980). Adolescent suicide. Adolescence, 15, 589-601.
- HANIGAN, D. (1987). Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: recension des écrits et proposition d'action 3, synthèse critique. Québec: Publications du Québec.
- HANIGAN, D. (1987 A). Social network and social support in a group of young adults with serious suicidal thought. American association of suicidology proceedings twentieth annual conference. San Francisco. 176-178.
- HARLOW, L.L., NEWCOMB, M.D., BENTLER, P.M. (1986). Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: lack of purpose in life as a mediational factor. Journal of clinical psychology, 42, 5-21.
- HAWTON, K. (1982). Attempted suicide in children and adolescents. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines, 23, 497-503.
- HAWTON, K. (1986). Suicide and attempted suicide among children and adolescents. Beverly Hills: Sage.
- HAWTON, K., O'GRADY, J., OSBORN, N., COLE, D. (1982). Adolescents who take overdoses: their characteristics, problems, and contacts with helping agencies. British journal of psychiatry, 140, 118-123.
- HOFF, L.A. (1984). People in crisis: understanding and helping. MenloPark , CA: Addison-Wesley.
- JACQ, J., QUENARD, O., HANAWER, M.T., VEDRINNE, J. (1981). Etude comparative de la dépressivité chez les jeunes suicidants, in J.P. Soubrier, J. Vedrinne: Dépression & Suicide (pp. 818-820). Paris: Pergamon.
- JOHNSON, S.W., MAILE, L.J. (1987). Suicide and the schools: a handbook for prevention, intervention, and rehabilitation. Springfield: C. C. Thomas.
- KASLOW, N.J., REHM, L.P. (1983). Childhood depression, in R.J. Morris, T.R. Kratochwill: The practice of child therapy (pp.27-53). New York: Pergamon.

- KAZDIN, A. E., FRENCH, N. H., UNIS, A.S., ESVELDT-DAWSON, K., SHERICK, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed children. Journal of consulting and clinical psychology, 51, 504-510.
- KINCEL, R.L. (1981) MMPI indicators of suicide attempt study of depressive serious suicide attempters and depressive non-suicidal patients, in J.P. Soubrier, J. Vedrinne Dépression et suicide (pp. 847-850) Paris: Pergamon.
- KOVACS, M., BECK, A.T., WEISSMAN, A. (1975). Hopelessness an indicator of suicidal risk. Suicide, 5, 98-103.
- LADAME, F. (1981). Les tentatives de suicide des adolescents. Paris: Masson.
- LADAME, F. (1989). Les tentatives de suicide des adolescents: Pourquoi? Comment?, in H. Caglar, F. Ladame, G. Raimbault, M.H. Samy (Ed.): Adolescence et suicide (pp.15-35). Paris: Editions Sociales Francaises.
- LALONDE, P., GRUNBERG, F. et coll. (1988). Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale. Montréal: Gaétan Morin Editeur.
- LAMONTAGNE, Y, DELAGE, J. (1986). La dépression. Montréal: La Presse.
- LAMONTAGNE, Y., ELIE, R., BELISLE, M., DUCHASTEL, A., MARSEILLE, M.-C., MERCURE, G. (1986). Suicide et dépression chez les étudiants de cégep. Union médicale du Canada, 115, 522-527.
- LARSSON, B., MELIN, L. (1990). Depressive symptoms in Swedish adolescents. Journal of abnormal child psychology, 18, 91-103.
- LAUFER, M., LAUFER, M.E. (1984). Adolescence et rupture du développement: une perspective psychanalytique. Paris: Presses Universitaires de France.
- LESTER, D., BECK, A.T. (1977). Suicidal wishes and depression in suicidal ideators: a comparison with attempted suicides. Journal of clinical psychology, 33, 92-94.
- LESTER, D., BECK, A.T., MITCHELL, B. (1979). Extrapolation from attempted suicides to completed suicides: a test. Journal of abnormal psychology, 88, 78-80.
- MARCELLI, D., BRACONNIER, A. (1988). Psychopathologie de l'adolescent. Paris: Masson (2è éd.)

- MARKS, A. (1979). Management of the suicidal adolescent on a non psychiatric adolescent unit. Journal of pediatrics, 95, 305-308.
- MEZZICH, A. C., MEZZICH, J. E. (1979). Symptomatology of depression in adolescence. Journal of personality assessment, 43, 267-275.
- MILLER, J.P. (1975). Suicide and adolescence. Adolescence, 10, (No 37), 11-24.
- MINKOFF, K., BERGMAN, E., BECK, A. T., BECK, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. American journal of psychiatry, 130, 455-459.
- MORISSETTE, P. (1984). Le suicide, démystification, intervention , prévention. Québec: Garotex.
- MORON, P., FOURASTE, R. F., HERVE, P. (1980). Psychothérapie et placements dans le traitement d'adolescents suicidaires hospitalisés. Neuropsychiatrie de l'enfance, 28, 491-494.
- NEIGER, B. L., HOPKINS, R. W. (1988). Adolescent suicide: character traits of high-risk teenagers. Adolescence, 23, 469-475.
- NOLES, S. W., CASH, T. F., WINSTEAD, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. Journal of consulting and clinical psychology, 53, 88-94.
- O'BRIEN, G., HOLTON, A.R., HURREN, K., WATT, L., HASSANYE, F. (1987). Deliberate self-harm, correlates of suicidal intent and severity of depression. Acta psychiatrica Scandinavia, 75, 474-477.
- PETRIE, K., CHAMBERLAIN, K. (1983). Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. Journal of consulting clinical psychology, 51, 485-487.
- PFEFFER, C. R. (1981). Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice. American journal of psychiatry, 138, 154-159.
- PRONOVOST, J. (1985). Expérience des jeunes de niveau secondaire. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières.
- PRONOVOST, J., COTE, L., ROSS, C. (1990). Etude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire. Santé Mentale au Canada, 38, 10-16.

- QUIDU, M. (1970). Le suicide: étude clinique, perspectives préventives. Paris: Editions Sociales Francaises.
- RADLOFF, L. S. (1977). The CES-D Scale, a self-report depression scale for research in the general population. Applied psychological measurement, 1, 385-401.
- ROBINS, D. R., ALESSI, N. E. (1985). Depression symptoms and suicidal behavior in adolescents. American journal of psychiatry, 142, 588-592.
- ROTHBLUM, E.D. (1983). Sex-role stereotypes and depression in women, in V. Franks et E.D. Rothblum: The stereotyping of women: its effects on mental health. (pp. 83-111). New York: Springer.
- RUTTER, M., IZARD, C.E., READ, P. B. (1986). Depression in young people. New York: Guildford.
- SCHOLZ, O.B., PFEFFER, M. (1987). On the relationship between depression, coping behavior and suicide. Crisis, 8, 138-150.
- SPIRITO, A., BROWN, L., OVERHOLSER, J., FRITZ, G. (1989). Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the litterature. Clinical psychology review, 9, 335-363.
- SPIRITO, A., STARK, L.J., FRISTAD, M., HART, K., OWENS-STIVELY, J. (1987). Adolescent suicide attempters hospitalized on a general pediatric unit. Journal of pediatric psychology, 12, 171-189.
- STORK, J. (1977). Echelle d'évaluation du risque suicidaire. Psychiatrie de l'enfant, 20, 493-520.
- TADIC, N., RADULOVIC-MIHALJEVIC, K. (1972). La tentative de suicide comme une symptôme de la dépression chez les enfants et les adolescents, in A. L. Annel: Etats dépressifs chez les enfants et les adolescents(pp. 335-339). Stockholm: Almqvist and Wiskell.
- TILL, E., KAPAMADZIJA, B. (1981) Endogenous depressions and suicidal behavior, in J. P. Soubrier, J. Vedrinne: Dépression et suicide (pp235-238). Paris: Pergamon

- TISHER, C. L., MCKENRY, P. C., MORGAN, K. C. (1981). Adolescent suicide attempts: some significant factors. Suicide and life-threatening behavior, 11, 86-92
- TOPOL, P., REZNIKOFF, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. Suicide and life-threatening behavior, 12, 141-150.
- TRIOLO, S.J., MCKENRY, P.C., TISHLER, C.L., BLYTH, D.A. (1984). Social and psychological discriminants of adolescent suicide: age and sex differences. Journal of early adolescence, 4, 239-251.
- TOUSIGNANT, M., HANIGAN, D., BERGERON, L. (1983). Expérience des jeunes en milieu collégial: questionnaire d'enquête pour le dépistage des cégépiens à tendances suicidaires. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- TOUSIGNANT, M., HAMEL, J., BASTIEN, M.-F. (1988). Structure familiale, relations parents-enfants et conduites suicidaires à l'école secondaire. Santé mentale au Québec, 13, 79-93.
- VANECK, L. (1978). Réflexion à propos de quelques psychothérapies d'adolescents dépressifs et suicidaires. Revue de neuropsychiatrie infantile, 26, 359-392.
- WEINER, I.B. (1980). Psychopathology in adolescence, in J. Adelson (Ed): Handbook of adolescent psychology (pp.447-471). New York: Wiley.
- WENZ, F. V. (1981). The epidemiology of suicide ideations and behavior, and depression, in J. P. Soubrier, J. Vedrinne: Dépression et suicide (pp 292-299). Paris: Pergamon Press.
- WETZEL, R. D. (1976). Hopelessness, depression, and suicidal intent. Archives of general psychiatry, 33, 1069-1073.
- WIDLOCHER, D. (1976). Les états dépressifs de l'adolescent. Revue de neuropsychiatrie, 24, 303-304.
- WITHERS, L. E., KAPLAN, D. W. (1987). Adolescents who attempt suicide: a retrospective clinical chart of hospitalized patients. Professional psychology: research and practice, 18, 391-393.

ZUNG, W. (1974). Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide, in A.T. Beck, H.P.L. Resnik et D.J. Lettieri: The prediction of suicide. Maryland: Charles Press